YALE
MEDICAL LIBRARY

HISTORICAL
LIBRARY
The Harvey Cushing Fund

C. F. Graefe Berlin M.D.
Paris
4th August
1842

MANUEL PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

MANUEL PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX,

D'APRÈS LES LEÇONS CLINIQUES

DE M. LE PROFESSEUR VELPEAU,

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité;

PAR

GUSTAVE JEANSELME.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

CHEZ L'AUTEUR, PLACE St.-MICHEL, 12.

LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1840.

YALE MEDICAL LIBRARY
HISTORICAL LIBRARY
19th
Cent
RE46
S43
1840

A

Monsieur Velpeau.

Hommage de haute considération et de reconnaissance.

GUSTAVE JEANSELME.

Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Yale University, Cushing/Whitney Medical Library

http://www.archive.org/details/manuelpratiquede00jean

AVANT-PROPOS.

Faire connaître les idées émises par M. Velpeau dans ses leçons cliniques sur les maladies des yeux; initier les élèves et les jeunes médecins dans la pratique adoptée par ce chirurgien contre ces affections : tel est le double but que je me suis proposé dans cette publication. Je ne me suis fait illusion sur aucune des difficultés que j'avais à surmonter pour remplir convenablement la tâche que je m'étais imposée. Auditeur attentif de M. Velpeau depuis plusieurs années, ayant déjà rendu compte dans les journaux, soit de ses leçons cliniques, soit des faits importants de son service à l'hôpital de la Charité, remplissant en outre auprès de lui, depuis plus de trois ans, les fonctions d'élève particulier, j'étais, il est vrai, convenablement placé pour pou-

voir présenter un tableau exact et fidèle de ses opinions. Toutefois M. Velpeau seul pouvait me rendre cette tâche facile; j'avais compté sur sa bienveillance; je tiens à honneur de déclarer qu'elle ne m'a pas fait défaut.

Je n'ai pas à m'expliquer ici sur l'importance des idées émises dans ce livre, ni sur l'opportunité de cette publication; tout ce que je pourrais dire à ce sujet semblerait intéressé. Je laisse ce soin aux critiques.

La forme généralement adoptée pour la publication des leçons orales des professeurs ne m'a pas paru devoir être conservée ici. A mon avis, elle aurait nui à l'ensemble de ce travail. Qu'il me suffise d'ailleurs de déclarer que c'est toujours d'après les idées de M. Velpeau que je parle.

INTRODUCTION.

Soustraite au charlatanisme, à la cupidité et à l'ignorance, l'ophthalmologie a été dans ces derniers temps l'objet de nombreuses et intéressantes recherches. Étudiée d'après les principes qui dirigent les chirurgiens dans l'examen des maladies des autres organes, elle devait bientôt sortir du cercle étroit où on l'avait placée, et suivre le progrès général. On a dit, et l'on répète encore chaque jour, que la France n'a qu'une part minime à réclamer dans cette heureuse direction imprimée à l'étude des maladies des yeux : c'est là une erreur dont M. Velpeau a fait justice. Il suffit en effet, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil rapide sur l'historique de l'ophthalmologie.

Nous ne ferons aucun frais d'érudition pour prouver si c'est en Egypte ou en Grèce que l'ophthalmologie a pris naissance. Ce sont là, à notre avis, des questions oiseuses, sans importance aucune pour la pratique, et qui, par conséquent, ne doivent pas trouver place dans ce livre.

Du temps de Galien, on connaissait déjà un grand nombre de maladies des yeux. Cet auteur dit qu'une foule de médecins s'en occupaient d'une manière spéciale. Ceci ne doit point étonner, car on sait qu'à cette époque toutes

les branches de la médecine étaient exploitées par des spécialistes.

Depuis Galien jusqu'à la fin du seizième siècle, on ne trouve aucun travail important sur les maladies des yeux. Mais, à cette époque, la France donna l'éveil. Guillemeau est en effet le premier qui, dans un traité intéressant, ait classé les maladies de l'œil, dont il élève le nombre jusqu'à cent treize, et qu'il désigne par des noms particuliers. Depuis ce temps-là aussi, les pathologistes français ont donné dans leurs traités une place plus ou moins grande aux maladies des yeux. Mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est guère que dans le dix huitième siècle que l'on voit apparaître les noms qui ont fait époque dans la science. C'est de ce siècle en effet que datent, en France, les travaux de Brisseau, de Maître-Jan, de Saint-Yves, de Daviel, de Guérin, de Janin, des Demours, des Pellier, des Wenzel; en Allemagne, ceux de Schmidt, de Richter, de Himly, de Beer; en Angleterre, ceux de Woolhouse, de Wathen, de Warre; en Italie, ceux de Scarpa. Jusque-là, on le voit, la France a ses représentants ophthalmologistes, et leurs travaux peuvent être comparés de tous points à ceux des étrangers. Aussi les contempteurs de la chirurgie française accordent-ils notre prééminence pour le siècle dernier. Mais, ajoutent-ils, quels sont les hommes de l'époque actuelle que vous pouvez opposer aux Allemands, Ammon, Rosas, Jœger, Jungken; aux Anglais, Saunders, Wardrop, Travers, Mackensie; aux Italiens, Quadri, Flarer, Fabini? Nous l'avouons, nous ne pouvons pas présenter un aussi grand nombre d'ophthalmologistes *pur sang*, qu'on me pardonne cette expression.

Mais, je le demande, est-il nécessaire d'être décoré du titre d'*oculiste* pour avoir des notions exactes sur les maladies des yeux? L'étude de ces affections n'est-elle pas du domaine de la pathologie? et tout bon chirurgien ne doit-il pas posséder cette branche de la science comme toutes les autres? Qu'on parcoure les recueils périodiques français et les traités de chirurgie, et on trouvera certainement plusieurs articles que les ophthalmologistes les plus renommés ne désavoueraient pas. D'ailleurs, l'ouvrage récent de M. Carron du Villards le cède-t-il à aucune autre production de ce genre? Ce chirurgien-oculiste est né, il est vrai, en Italie; mais, comme il le dit fort bien lui-même, il est Français par le fait, s'il ne l'est pas encore par le droit, et tous ses travaux se rattachent à cette nationalité dont il est glorieux. Navions-nous pas, il y a peu d'années encore, Demours fils et Forlenze? N'avons-nous pas MM. Wenzel fils, Guillet, Faure, Gondret, Bourjot, Andrieux, Stœber? MM. Furnari et Rognetta, bien que d'origine italienne, ne professent-ils pas parmi nous les doctrines françaises? Parmi les chirurgiens, Boyer, Dupuytren, MM. Roux, Jules Cloquet, Sanson, Marjolin, Laugier, etc., valent-ils moins que ceux de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne? Quant à M. Velpeau, chacun sait qu'il s'occupe depuis longtemps des maladies des yeux. Dès 1820 et 1825, il a publié plusieurs travaux sur ce sujet. En 1831, il a fait, à l'hôpital de la Pitié, une série de leçons sur l'ophthalmologie. Les journaux de cette époque en ont publié quelques-unes.

On le voit par ce court exposé, la France a des droits irrévocables dans cette question; et il

n'y a que l'ignorance ou la mauvaise foi qui peuvent les lui disputer. Qu'on soit juste envers notre patrie, comme l'a dit M. Velpeau, et nous serons généreux envers les étrangers.

Les idées de M. Velpeau différant sous plusieurs rapports de celles que professent les ophthalmologistes étrangers, je crois devoir présenter en peu de mots les principes qui servent de base aux doctrines généralement admises ailleurs.

L'école qui domine actuellement, et dont M. Stœber a subi quelque peu l'influence, est celle de Beer. La doctrine des élèves de cet oculiste célèbre repose sur les deux principes suivants : le premier, qui sert de base au système, est celui-ci : les maladies des yeux doivent être classées d'après le système naturel, c'est-à-dire d'après leurs caractères physiques. Ce mode de classification, qui n'est autre chose que celui des botanistes, a paru nouveau dans son application à la médecine en général. Mais qu'on lise la *Nosologie* de Sauvages, celle de Pinel, et l'on verra s'il était nécessaire d'aller à Vienne ou à Berlin pour en venir là. N'est-ce pas d'ailleurs le système de tous les solidistes, de toute l'école de Broussais? Beer, il est vrai, n'appliquait ce principe qu'à l'étude des maladies des yeux ; mais M. Jœger l'a étendu à toute la pathologie. C'est ce système qu'il oppose à celui des physiologistes et organiciens français.

Le second principe, qui, dans l'école dont je viens de parler, n'est que le complément du premier, consiste dans ce qu'on appelle la *nature* de la maladie. De là des ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, catarrhales, etc., etc. Cette importante question devant être traitée

avec soin dans un chapitre spécial, je me bornerai à présenter ici quelques réflexions générales.

M. Velpeau ne prétend pas qu'une constitution scrofuleuse, qu'une affection rhumatismale, catarrhale, n'exerce aucune influence sur les maladies des yeux. Evidemment, une pareille assertion n'aurait aucune espèce de fondement, et serait contredite par les premiers principes de pathologie. L'œil n'est pas plus à l'abri de ces influences que les autres organes. Mais soutenir qu'une maladie des yeux revêt tels ou tels caractères, parce que le sujet est sous l'influence de telle ou telle affection générale, prétendre juger de la constitution des individus, par cela seul que la maladie de ses yeux présentera tels ou tels caractères; c'est là une erreur que l'observation attentive des malades démontre chaque jour de la manière la plus évidente. En effet, qu'on examine un certain nombre de sujets affectés de maladies d'yeux, on en trouvera certainement plusieurs qui présenteront la réunion des caractères que l'école allemande assigne à telle ou telle maladie de l'œil réputée spéciale, sans que pour cela ils soient soumis aux affections générales indiquées par Beer et ses disciples. M. Velpeau a procédé un si grand nombre de fois à cet examen, en présence des nombreux élèves qui suivent son service à l'hôpital de la Charité, pour qu'il ne puisse plus rester de doute sur ce point. C'est là, d'ailleurs, une question que tous les praticiens sont à même de juger au lit des malades. Je le dis donc par anticipation, la distinction des ophthalmies en catarrhale, rhumatismale, scrofuleuse, etc., etc., telle qu'on veut la perpétuer de nos jours, est

erronée. Les affections catarrhale, rhumatismale, scrofuleuse, se comportent à l'égard des maladies des yeux comme à l'égard de toutes les autres. L'erreur de Beer et de ses disciples consiste ici en ce que l'on juge de la constitution par l'aspect seul de l'œil, tandis qu'il faut juger de l'œil par la constitution. On montre l'image renversée; le dessein de M. Velpeau est de la remettre à sa place. Mais n'allons pas plus avant; les doutes qu'on pourrait encore conserver sur ce point seront dissipés, je l'espère, lorsque nous envisagerons cette question sous toutes ses faces.

M. Velpeau s'est attaché à combattre le principe de spécialité des maladies des yeux, non seulement par ce qu'il est faux, mais encore parce qu'il embrouille le sujet, qui, il faut en convenir, l'est déjà bien assez par lui-même.

Nous disons donc que l'étude des maladies des yeux doit être soumise aux mêmes règles que celle de toutes les autres branches de la pathologie.

Les caractères distinctifs de la plupart des inflammations que nous allons étudier, reposant en grande partie sur le genre de vascularisation des tissus affectés, je crois devoir présenter ici quelques considérations sur le mode de distribution des vaisseaux de l'œil. Cette vérité est si bien sentie de nos jours, qu'une foule de recherches anatomiques ont été faites dans ce but. Dans la dernière édition de son *Traité d'Anatomie chirurgicale* (t. 1^er^, p. 304), M. Velpeau s'est occupé de cette question, et a présenté des applications pathologiques et thérapeutiques si justes, que je ne crois pas pouvoir mieux faire que d'en donner le texte en entier.

«Les artères de la région orbitaire viennent toutes, ou à peu près toutes, de la branche ophthalmique fournie par la carotide interne. En les suivant avec attention, on voit qu'elles ne se perdent pas indifféremment dans les mêmes tissus ; que, sous ce rapport, on peut les ranger en quatre groupes : les unes étant destinées aux paupières, les autres à la conjonctive, quelques-unes à la sclerotique, et les autres à l'intérieur de l'œil, quoique diverses anastomoses les fassent quelquefois communiquer entre elles.

« I. *Paupières.*—Le réseau artériel des paupières appartient à trois branches principales : la nasale, celle de la glande lacrymale et la frontale. Les divisions de la temporale, de la sous-orbitaire, de la transverse et de l'angulaire de la face, avec lesquelles il communique, ne lui appartiennent point en propre, mais elles font que les paupières sont soumises à l'influence d'un double système circulatoire. Du reste, on s'assure, à l'aide d'injections fines et d'une dissection soignée, que les artères, dites palpébrales, se perdent presque en entier dans les bulbes ciliaires et dans les couches qui séparent les cartilages tarses de l'épiderme. C'est de quelques ramuscules de la nasale, et surtout de l'artère lacrymale, au contraire, que les glandes de Meïbomius, ainsi que la portion conjonctivale du bord libre de chaque paupière, en reçoivent un certain nombre, en sorte que nous trouvons là une première tendance à l'isolement des canaux sanguins de chaque couche organique ; que le pourtour et la peau des paupières empruntent une partie de leurs artères à celles du crâne et de la face ; que les tissus intermédiaires aux téguments et à la couche fibro-cartilagineuse les

puisent dans les arcades palpébrales; enfin, que les glandules profondes et l'élément muqueux les reçoivent de la branche lacrymale et de la nasale, avant sa sortie de l'orbite.

« 2. *Conjonctive.*— Deux ordres d'artères se laissent apercevoir dans la conjonctive. Les unes y arrivent des paupières et sont une dépendance du réseau précédent; les autres sont des ramifications apportées par les branches musculaires supérieure et inférieure. D'un côté comme de l'autre, ce sont des vaisseaux d'emprunt au surplus, et nulle part la conjonctive ne peut revendiquer des artères propres. Cette membrane n'en est pas moins très riche en ramuscules sanguins, qui se présentent dans son tissu sous la forme de filaments tortueux, arborescents, fréquemment anastomosés entre eux, et de plus en plus fixes, à mesure qu'on se rapproche de la cornée ou du bord adhérent du tarse. C'est là aussi qu'il faut surtout chercher leurs embranchements avec ceux de l'intérieur de l'œil et des divers plans palpébraux. Ainsi, les artères de la conjonctive ne sont que des ramifications secondaires des branches musculaires de l'orbite, et de celles qui vont aux paupières; ramifications qui, après avoir laissé dans la membrane muqueuse un réseau très apparent, finissent par se mêler aux artérioles terminales du plan ciliaire ou palpébral profond, et du plan de la sclérotique.

« 3. *Sclérotique.* — Comme les autres membranes fibreuses, la sclérotique ne renferme qu'un petit nombre de vaisseaux; peut-être en contient-elle cependant plus qu'aucune des autres tuniques du même ordre, surtout dans son tiers antérieur. Elle les emprunte presque tous

aux artères musculaires qui, après avoir fourni des rameaux aux muscles et au tissu cellulaire de l'orbite, se rapprochent de l'œil, rampent dans l'épaisseur ou à la surface des tendons, et arrivent ainsi dans la propre substance de la sclérotique, en s'approchant de la cornée; ils forment d'ailleurs un plan fort irrégulier à ramifications rares, indépendant de celui de la conjonctive, et en grande partie aussi de celui de la choroïde. Leurs rameaux les plus évidents sont assez superficiels et semblent particulièrement destinés au tissu lamelleux, dense et serré, qui constitue ou recouvre le plus immédiatement les couches externes de la coque oculaire, et qui finit par se confondre avec le tissu cellulaire sous-muqueux de la conjonctive. Quelques-uns de leurs capillaires ne s'en prolongent pas moins jusqu'auprès de la cornée, de manière à pouvoir s'anastomoser là avec ceux de la conjonctive en dehors, et ceux de l'iris en dedans; de manière aussi, par conséquent, que les artères de la conjonctive et de la sclérotique naissent en réalité des mêmes troncs, pour se confondre de nouveau à leurs extrémités, quoiqu'elles soient restées longtemps séparées dans des couches tout à fait distinctes.

« 4. *Intérieur de l'œil.* — Des artères qui entrent dans l'œil par sa moitié postérieure, l'une, la centrale de la rétine, se perd en entier dans la membrane nerveuse, à l'exception du rameau qui traverse le corps vitré pour s'épanouir derrière la capsule du cristallin ; les autres, les ciliaires, qui se distribuent principalement à la choroïde et à l'iris, méritent une attention plus spéciale près de leur terminaison. On en distingue d'abord quatre : deux pour les extrémités

du diamètre transversal ; les deux autres pour les extrémités du diamètre vertical de l'iris. Une infinité d'artérioles plus petites se voient entre celles-ci. Le tout représente un anneau convergent à radiures extrêmement fines, distribuées comme celles des procès ciliaires, et qui semblent se détacher de la choroïde, pour s'engager dans les couches internes de la sclérotique, ou gagner le pourtour de la cornée. C'est de là que partent aussi une série de capillaires qui se rapprochent assez de l'extérieur pour s'anastomoser avec les artères de la conjonctive, et avec quelques-unes de celles de la sclérotique, empruntées directement aux musculaires. Ce réseau alimente donc en même temps l'iris, le cercle ciliaire et le devant de la sclérotique. C'est presque uniquement par son intermède que s'établissent les communications vasculaires entre l'extérieur et l'intérieur de l'œil, que les artères qui pénètrent parfois le tissu de la cornée peuvent appartenir à la fois aux vaisseaux de la conjonctive, à ceux du devant de la choroïde, et même à ceux de la sclérotique proprement dite.

« Les veines accompagnent en général les artères, et sont plus grosses. L'une d'elles, plus volumineuse que les autres, se portant de la face à la selle turcique, fait communiquer directement l'angulaire avec l'ophthalmique. Cette communication, qui explique en partie pourquoi les affections des organes contenus dans la cavité orbitaire se transmettent si facilement à l'encéphale et réciproquement, prouve aussi que, dans les maladies de l'œil, l'ouverture de la veine faciale est de nature à produire un dégorgement très prompt, et que probablement on la néglige trop aujourd'hui. En

entrant dans le crâne par la fente sphénoïdale, ces veines forment, avant de se dégorger dans le sinus coronaire, un plexus plus ou moins compliqué, qu'on pourrait appeler *plexus ophthalmique*.

« Les veines de la conjonctive sont grosses et très nombreuses; dans l'épaisseur des paupières, elles ont aussi un développement considérable : là elles communiquent largement avec les veines temporales sous-orbitaires et frontales. Dans l'intérieur de l'orbite, derrière la conjonctive, les veines forment un autre système, qui n'offre plus rien d'intéressant pour la question qui nous occupe. Sur la choroïde, elles ont une distribution assez remarquable, mais dont on ne peut non plus tirer qu'un faible parti pour l'étude des ophthalmies.

« Les différentes particularités que je viens de rappeler, continue M. Velpeau, sont faciles à constater. Les descriptions anatomiques de Zinn et de Sœmmering sont de nature à les faire déjà pressentir. Des pièces déposées dans le museum de la Faculté de médecine de Paris, en 1834, par MM. Denonvilliers, Rufz et Lacroix, suffisent d'ailleurs pour les indiquer à ceux qui se donneront la peine de les examiner avec attention. Des toutes ces considérations, découlent naturellement plusieurs préceptes de pathologie qui doivent trouver ici leur place; poursuivons donc notre citation.

« Les ophthalmies, ajoute M. Velpeau, doivent être en grande partie sous la dépendance du système vasculaire des tissus qui en deviennent le siége. S'il en est ainsi, les remarques précédentes ne peuvent manquer de mettre à même d'établir des distinctions tranchées, fondamentales, dans les phlegmasies de l'œil ou de ses an-

nexes. Voici ce que l'observation apprend à ce sujet. L'ophthalmie a pour point de départ la cornée, la conjonctive ou les paupières, et quelquefois plusieurs de ces parties à la fois.

« 1. *Paupière.* — Dans la couche cutanée des paupières, et dans les feuillets qui séparent la peau de la conjonctive, l'inflammation diffuse est accompagnée d'un gonflement et d'une coloration d'autant plus considérables qu'on se rapproche plus de leur racine. La mollesse et la vascularité de ces tissus étant de plus en plus grande, à mesure qu'on se rapproche des contours de l'orbite, expliquent parfaitement ce phénomène. Si la phlegmasie occupe exclusivement la couche muqueuse, l'injection sanguine, peu marquée près du bord libre de la paupière, va en augmentant d'intensité en approchant de la rainure oculo-palpébrale. Ceci est en rapport direct avec l'ordre dans lequel nous avons vu se distribuer les branches des artères musculaires dans la conjonctive. Lorsque le mal débute par le bord des paupières ou par les follicules de Meïbomius, au contraire, il s'y maintient en général sans gagner au loin, et la rougeur est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage des cils. C'est que, dans ce lieu, les vaisseaux de la conjonctive se confondent avec ceux de la racine des cils, et forment un réseau fort abondant au milieu de tissus très serrés ; tandis que, plus loin, ils restent dans l'epaisseur de plans lâchement unis les uns aux autres et presque complétement séparés.

« 2. *Conjonctive.* — Les inflammations de la conjonctive ont encore des caractères anatomiques plus tranchés que celles des paupières. La teinte que revêt alors la membrane affectée passe facilement au violacé, à la couleur *minium*, parce

que les veines s'y trouvent en grande proportion. Elle est de plus en plus foncée à mesure qu'on s'éloigne de la cornée, parce que les artères, venant des musculaires, sont de moins en moins nombreuses et de plus en plus fines dans le sens opposé. Les vaisseaux y sont tortueux et souvent anastomosés entre eux, parce que les artères musculaires vont en effet jusqu'à la fin, en se divisant et se subdivisant à la manière des branches d'arbre. Enfin, elle s'étend difficilement sur la cornée, à moins que les plans profonds ne soient pris simultanément, parce que les vaisseaux propres de la conjonctive s'arrêtent à quelque distance de cette membrane.

« 3. *Cornée.* — Ne contenant pas de vaisseaux reconnaissables hors de l'état pathologiqne, la cornée n'est en général le siége d'aucune rougeur au début de ses inflammations; c'est au pourtour de sa circonférence que la teinte phlegmasique se manifeste alors. Elle paraît résider dans l'épaisseur de la sclérotique, et se montre sous l'aspect d'un anneau radié, à rayons très fins, plus foncé du côté de la cornée, plus pâle en arrière, large de deux à trois lignes, d'un rouge *vermillon* ou *carmin*, et qui est évidemment dû à l'injection des vaisseaux ciliaires ou choroïdiens. Au lieu d'un anneau complet, il peut n'exister que quelque taches rouges à la circonférence de la cornée. Dans ce cas, les points enflammés correspondent plus particulièrement aux extrémités des diamètres vertical et transversal de l'œil, à l'endroit où viennent se rendre les quatre branches essentielles des artères ciliaires. Cependant les irritations de la cornée sont quelquefois accompagnées d'une vascularisation de la conjonctive; mais c'est à peu près

uniquement dans les cas d'irritations tout à fait superficielles, ce qui n'a rien de surprenant, puisque la conjonctive et la surface de la cornée se continuent comme si elles ne formaient qu'une seule membrane. Si l'inflammation se prolonge ou devient intense, l'anneau rouge, dont je parlais tout à l'heure, ne tarde pas à gagner la cornée elle-même; mais sans que la conjonctive participe nécessairement à l'injection morbide. Il présente dès lors deux sortes de rayons : les uns, qui vont en avant, sont plus écartés, moins réguliers, deviennent en partie superficiels, et peuvent s'étendre en s'anastomosant jusque sur le devant de la pupille; les autres, qui restent plus profonds, plus serrés, plus complètement parallèles, en arrière du cercle ciliaire, ne sont que le développement extrême des vaisseaux ciliaires naturels.

Dans ces inflammations, l'iris change assez souvent de couleur, et la pupille se déforme quelquefois, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, parce que cette membrane est alimentée par le même ordre de vaisseaux. Le cercle rouge qui caractérise les irritations de la cornée ne disparaît si rapidement en arrière que par l'effet de l'épaisseur et de l'opacité successivement plus grande de la sclérotique dans le même sens. Enfin, si l'injection n'est presque jamais très prononcée dans le tissu même de la sclérotique, c'est que les artères de cette tunique, d'ailleurs peu abondantes, ne s'anastomosent que par des filets rares avec celles qui arrivent de la conjonctive et du plan ciliaire à la cornée.

« Si la portion cutanée du bord des paupières est arrondie, ou rouge, ou croûteuse, on peut affirmer que le mal a son siége autour de la ra-

cine des cils, ou dans le tissu serré qui sépare le cartilage tarse des téguments, et qui n'est alimenté que par les rameaux concentriques de la double arcade palpébrale des artères de l'orbite. Une rougeur de la peau, avec tuméfaction diffuse et empâtement au-dessus du bord ciliaire, indique au contraire une inflammation ou une infiltration du corps même de la paupière, et se trouve en partie sous la dépendance des vaisseaux de la face ou du front. Vue par la face interne, la paupière enflammée présente une rougeur qui augmente ou diminue sensiblement à mesure qu'on se porte vers l'orbite. Dans le premier cas, c'est la conjonctive palpébrale qui est affectée, tandis que, dans le second, ce sont les glandules de Meïbomius. Si toute l'épaisseur du bord libre est, ou gonflée, ou rouge, ou excoriée, on peut dire que les vaisseaux du tissu cutané, du tissu muqueux et du tissu glanduleux, y concourent plus ou moins.

« Toutes les fois que l'œil devient rouge, on peut être sûr que la conjonctive est le point de départ du mal, si le réseau vasculaire est large et mobile, bleuâtre, couleur minium ou violacée plutôt que vermeil, ou d'une teinte rose, si surtout ce réseau est d'autant plus foncé qu'on l'observe plus loin de la cornée. Il y a *keratite*, au contraire, c'est-à-dire inflammation de la cornée, chez tous les malades qui offrent une couleur plus profonde, impossible à déplacer, occupant le cercle antérieur de la sclérotique, quelquefois assez légère pour qu'on ait quelque peine à la distinguer, et qui se perd ou diminue considérablement à quelques lignes de la cornée. Cette rougeur, à rayons fins et parallèles, qui est vive, à teinte de carmin, de ver-

millon ou d'un rose pâle, et qui s'étend facilement du côté de la cornée, indique par cela même une maladie étrangère à la conjonctive et sert de prélude à la plupart des altérations dont la membrane vitrée de l'œil peut être le siége. Si la prunelle est en même temps déformée, trop resserrée ou trop dilatée, on peut ajouter que l'iris est lui-même menacé d'inflammation, et que les parois de la chambre antérieure courent aussi quelque risque. Ces caractères sont d'ailleurs si tranchés pour quiconque sait les apprécier, que leur combinaison n'empêche nullement de les reconnaître dans les ophthalmies les plus graves et les plus compliquées. C'est ainsi, par exemple, que chez un sujet affecté en même temps d'inflammation de la cornée, d'inflammation de la conjonctive et de phlegmasie des diverses couches des paupières, on les retrouve tous de manière à pouvoir les isoler sans trop de difficulté. Le réseau de la couche muqueuse se distingue sur l'œil par sa teinte livide plus prononcée en arrière, par sa mobilité et ses tortuosités, de l'anneau vermeil, fixe et profond, de la sclérotique, qu'il semble voiler en croisant ses différents rayons. La même chose se voit sur la conjonctive palpébrale, puisqu'ici la vascularisation va également en décroissant pour la membrane muqueuse, et en augmentant pour les follicules à mesure qu'on se rapproche du bord libre des paupières, puisqu'elle y présente la même fixité et la même mobilité que sur l'œil proprement dit. »

De pareilles observations ont conduit M. Velpeau à tirer les déductions thérapeutiques suivantes :

« C'est au grand angle de l'œil, puis au pour-

tour de l'orbite, et non à la tempe, ni derrière les oreilles, qu'il convient d'appliquer les sangsues, quand on veut obtenir un dégorgement veineux dans les ophthalmies.

« La fixité du mal sur le bord des paupières et dans les glandes de Meïbomius, fait que les médicaments sous forme de pommade mis en contact avec les parties valent mieux que les collyres secs ou liquides ; ces derniers moyens sont préférables, au contraire, dans les inflammations de la conjonctive, à cause de la souplesse et de la mobilité des tissus altérés.

« Il n'y a que les substances d'une absorption ou d'une imbibition facile, comme les préparations d'opium, de belladone, etc., qui, à titre de topique, puissent être de quelque secours dans les inflammations profondes de la cornée, attendu qu'alors le réseau vasculaire injecté est à l'abri de tout contact avec les collyres ordinaires. La même particularité fait que la cautérisation de la conjonctive, soit palpébrale, soit oculaire, n'a que peu de prise sur les ophthalmies dites rhumatismales, c'est-à-dire sur celles de la sclérotique et de la cornée ; que l'excision de cette membrane ou de ses vaisseaux n'est utile, dans les taches ou les ulcères du devant de la pupille, que si l'affection se trouve entretenue par le plan muqueux plutôt que par le plan sous-fibreux des artères ; qu'en détruisant toute communication entre ces deux ordres de canaux, l'excision de la conjonctive peut cependant favoriser la résolution des maladies les plus superficielles de la cornée.

La profondeur du système vasculaire affecté, neutralisant presque tout l'effet des topiques, explique la ténacité des inflammations de la

coque de l'œil. C'est dans ces sortes d'ophthalmies que les médications générales et indirectes, que les purgatifs, les mercuriaux, les résolutifs sont quelquefois avantageux. Ne pouvant agir sur les vaisseaux injectés eux-mêmes, il y avait à espérer qu'on en favoriserait le dégorgement en attirant les fluides avec force par les artères nasales, lacrymales, etc., dans les paupières. Pour obtenir ce résultat, ajoute M. Velpeau, je me suis servi, d'abord avec hésitation et une extrême réserve, ensuite avec hardiesse, d'un moyen dont le nom seul effraiera peut-être, mais qui n'en deviendra pas moins d'un grand secours dans la pratique. Ce moyen est un vésicatoire volant sur le devant de l'orbite et sur toute la peau des paupières. Je n'ai rien trouvé de si puissant ni de si efficace dans les ophthalmies aiguës qui menacent de troubler la transparence de la cornée ou de la chambre antérieure. »

Le lecteur ne me saura pas mauvais gré, je pense, d'avoir fait une si longue citation; car il trouvera là la base d'une foule de considérations que nous aurons à présenter dans ce livre.

Mon premier dessein avait été de ne traiter que des maladies des yeux, que les auteurs ont désignées sous le nom général d'ophthalmie. Mais j'ai résolu ensuite de rendre ce travail plus complet, en m'occupant, toujours d'après les idées de M. Velpeau, des autres affections morbides de l'œil. Je dois prévenir toutefois que je mettrai de côté toutes les dégénérescences. Comme c'est plus particulièrement sur les ophthalmies proprement dites que M. Velpeau a fixé l'attention en envisageant ce sujet sous un point de vue nouveau, je m'arrêterai sur cette

partie de mon sujet d'une manière toute spéciale.

Ce manuel comprendra donc quatre chapitres : dans le premier, je m'occuperai des maladies des paupières ; dans le second, je traiterai des maladies du globe oculaire ; les maladies des voies lacrymales seront étudiées dans le troisième ; dans le quatrième, enfin, je m'occuperai des ophthalmies considérées sous le point de vue de leur spécificité.

MANUEL PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES PAUPIÈRES.

Nous traiterons, dans ce chapitre, de l'inflammation des paupières, des tumeurs des paupières, de la chute et de la paralysie des paupières, du clignotement des paupières, de leurs vices de conformation, du renversement des cils, de l'entropion et de l'ectropion. Nous terminerons par quelques courtes considérations sur la blépharoplastie.

Inflammation des paupières.

Les maladies inflammatoires dont les paupières peuvent être le siége ont reçu le nom de *blépharite*. Mais comme l'inflammation présente des caractères divers, d'après le tissu des paupières qui se trouve affecté, il importe d'établir des distinctions sur ce point.

Considérées dans leur ensemble, les paupières présentent une face externe ou cutanée, une

face interne ou muqueuse, et un bord libre. Entre les deux faces existe un tissu dont l'arrangement doit être bien connu, si on veut se rendre compte des affections inflammatoires dont il peut être le siége. On pourrait donc admettre une blépharite *externe*, une blépharite *moyenne*, une blépharite *interne* et une blépharite du bord libre. C'est avec raison que les pathologistes ne comprennent pas les deux premières variétés sous le titre d'ophthalmies. Cependant, comme l'inflammation prend là une physionomie particulière qu'on ne rencontre dans aucune autre région du corps, si ce n'est au prépuce et au scrotum, nous allons entrer dans quelques détails.

Si l'inflammation est bornée à la face externe des paupières, elle s'y comporte comme au prépuce; c'est tout simplement une affection érysipélateuse ou érythémateuse, qui, lorsqu'elle existe à l'état simple, sans complication aucune, est si légère et si facile à faire disparaître, que je me borne à la mentionner ici.

Mais il n'en est pas de même lorsque l'inflammation a son siége dans le tissu intermédiaire. Dans ce cas, en effet, les rapports intimes et immédiats des tissus enflammés avec la face interne des paupières, donnent trop souvent naissance à la blépharite proprement dite, pour qu'on ne prenne pas toutes les précautions pour arrêter la phlegmasie dans son principe. Cette affection se présente sous deux aspects principaux : tantôt elle est circonscrite, tantôt elle est diffuse et à l'état d'érysipèle phlegmoneux. Le premier de ces deux états sera étudié lorsque nous traiterons des tumeurs des paupières. Occupons-nous actuellement du second.

L'inflammation diffuse du tissu cellulaire des paupières est une affection assez fréquente. La laxité de ce tissu et l'exubérance du système vasculaire de cette partie rendent facilement compte de cette fréquence. Quoique cette maladie soit souvent idiopathique, il n'en est pas moins vrai qu'elle se trouve quelquefois liée d'une manière réelle au dérangement du canal intestinal. J'ai observé plusieurs cas de ce genre dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. C'est là d'ailleurs un fait d'observation qui n'a pas échappé aux auteurs, et qui doit être pris en grande considération dans la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, si l'inflammation est intense, les paupières prennent un développement considérable; leur surface est rouge, luisante; elles s'avancent l'une vers l'autre, de telle sorte que l'œil est complétement caché par elles. Les malades éprouvent des douleurs assez vives et un malaise général; il y a de la fièvre. Pour peu que cet état persiste, il n'est pas rare de voir les paupières se couvrir de phlyctènes gangréneuses. C'est là une complication grave qui réclame tous les soins des praticiens.

On a proposé contre l'affection qui nous occupe, les saignées générales, des applications de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes. M. Carron du Villards dit s'être constamment bien trouvé de l'application sur les paupières malades de compresses imbibées d'une solution froide et concentrée de tartre stibié dans l'eau (un gros pour une pinte). Ce sont là sans contredit des moyens rationnels dont on doit tenir compte dans la pratique. Mais la meilleure médication, celle que j'ai vue le plus

souvent réussir à l'hôpital de la Charité, consiste à faire des scarifications sur les paupières, et de les multiplier suivant l'étendue et l'acuité de l'inflammation. Rien ne paraît préférable à M. Velpeau pour juguler la maladie et prévenir les accidents consécutifs. Au mois d'avril 1837, une jeune personne, âgée d'environ vingt ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Les paupières du côté gauche sont énormément tuméfiées. Cette tuméfaction date de trois jours ; elle a été saignée deux fois en ville; on a appliqué vingt sangsues à la tempe du côté malade. Malgré cela l'affection persiste, elle s'accroît même chaque jour. Déjà nous apercevons quelques phlyctènes assez étendues qui revêtent une couleur brunâtre ; tout indique l'invasion imminente de la gangrène. M. Velpeau pratique immédiatement trois ou quatre scarifications sur chaque paupière, et ordonne à la malade de laisser un libre cours aux liquides. Le lendemain, l'inflammation et la tuméfaction avaient considérablement diminué. Six jours après, la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

On doit pratiquer ces scarifications avec beaucoup de prudence. M. Velpeau conseille d'inciser couche par couche. Ce précepte, qui paraît minutieux de prime abord, acquiert une assez grande importance, si on sait que des chirurgiens imprudents et inexpérimentés ont perforé l'œil pour ouvrir des abcès siégeant dans la paupière. Lorsqu'à la suite de l'inflammation, du pus s'est formé dans le tissu cellulaire des paupières, il faut lui donner issue le plus tôt possible. Les scarifications sont encore ici un excellent moyen, comme dans l'érysipèle phlegmoneux des autres

régions du corps. Le précepte qui consiste à ouvrir les abcès en dedans, en renversant la paupière en dehors, ne peut pas, le plus souvent, trouver ici son application; car comment opérer ce renversement, eu égard au gonflement qui existe?

Si malgré l'emploi de ces moyens, des points gangréneux se présentent, il faut hâter, par les moyens appropriés, la séparation et la chute des escarres, et confier à la nature le soin de la cicatrisation.

Il est inutile d'ajouter que lorsque le tube intestinal est à l'état sain, les révulsifs sur ce canal sont très avantageux. Si l'inflammation des intestins contre-indique ce moyen, il faut alors avoir recours à l'application de sangsues à l'anus, à des lavements émollients et aux boissons délayantes.

Nous arrivons maintenant à l'étude des inflammations de la face interne et du bord libre des paupières que l'on désigne sous le nom de *blépharite* proprement dite. J'ai déjà dit que nous mettrons ici de côté toute espèce de complications, et que nous nous bornerons à étudier ces affections sous le point de vue le plus général et à l'état seulement d'inflammation franche.

La blépharite proprement dite comprend quatre nuances principales : ainsi je l'appelle *blépharite muqueuse,* quand l'inflammation est bornée à la conjonctive; si elle a son siége dans les glandes de Meïbomius, je lui donne le nom de *blépharite glanduleuse.* J'admets comme variété de cette seconde nuance, la *blépharite diphtérique.* La troisième nuance est encore peu connue; l'inflammation paraît être concentrée dans les follicules muqueux : c'est ce qui me l'a

fait désigner sous le nom de *blépharite granuleuse*. J'appelle enfin *blépharite ciliaire*, celle qui a son siége à la base de cils. A ces quatre nuances principales, nous devons ajouter la *blépharite purulente*.

Q'on ne dise pas que ce sont là des distinctions arbitraires, enfantées dans le silence du cabinet. L'observation attentive des malades en démontre toute la justesse. M. Velpeau ne prétend pas que ces nuances diverses existent toujours isolément. Le plus souvent, au contraire, on les trouve réunies deux à deux; quelquefois même les quatre premières existent ensemble sur le même œil : mais chacune d'elles se présente au début avec des caractères si tranchés, qu'il n'est pas permis de les confondre. On verra d'ailleurs, par les détails dans lesquels nous allons entrer, que ces distinctions exercent une grande influence sur le pronostic et sur le traitement.

1° *Blépharite muqueuse*. — C'est la *conjonctivite palpébrale* des auteurs. Lorsque l'inflammation n'envahit pas la totalité de la conjonctive palpébrale, on l'observe sous forme de plaques égales ou inégales, de formes variées et d'un rouge plus ou moins prononcé. Dans tous les cas, les symptômes principaux qui la caractérisent sont les suivants : les malades éprouvent, au début de l'affection, des picotements plus ou moins vifs dans la région affectée, et une sensation analogue à celle que produiraient des poils interposés entre la conjonctive oculaire et la face interne des paupières. Toutefois, cette sensation est générale ou partielle, suivant que l'inflammation occupe la totalité de la conjonctive palpébrale, ou qu'elle est bornée sur un ou plusieurs points de cette surface muqueuse. Elle

est évidemment produite par le développement des vaisseaux. En renversant la paupière en dehors, on distingue une foule de petits vaisseaux entrecroisés de mille manières, tortueux, dont le volume et la rougeur ne sont pas les mêmes sur tous les points. Ainsi, ces vaisseaux sont d'autant plus fins et leur rougeur est d'autant moins prononcée, qu'on les examine plus près du bord libre des paupières. Leur mobilité, la facilité avec laquelle on peut les faire rouler, pour ainsi dire, sur les autres tissus, indiquent assez qu'ils rampent sur la surface libre de la membrane muqueuse. Ce sont là des caractères importants à bien connaître pour établir un diagnostic différentiel.

On conçoit, en outre, que les fonctions de la conjonctive doivent être plus ou moins troublées. Souvent, en effet, il y a augmentation dans la sécrétion du mucus. C'est là, sans doute, ce qui a porté les Allemands à gratifier cette affection du titre de blépharite *catarrhale*. Je n'ai pas à m'expliquer actuellement sur la valeur d'une pareille dénomination, et je passe outre. Le mucus, d'un aspect clair et limpide dans la plupart des cas, suinte en plus ou moins grande quantité sur le bord libre des paupières, dont il peut même excorier la surface cutanée. Quelquefois cependant il est d'une couleur grisâtre, comme purulent, demi-concret, et s'accumule en une espèce de peloton dans le grand angle de l'œil.

Quelquefois aussi la conjonctive, boursoufflée, épaissie, infiltrée de sérosité, vient former un bourrelet sur le bord libre des paupières, et constituer une des variétés du chémosis. Plusieurs cas de ce genre ont été observés à l'hôpital

de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Je me bornerai à relater le suivant.

Au mois de décembre 1837, un jeune homme, âgé d'environ vingt ans, forgeron, est affecté depuis cinq jours d'une blépharite muqueuse violente du côté gauche. L'inflammation avait principalement son siége sur la paupière inférieure. A son entrée à l'hôpital, un bourrelet conjonctival d'environ trois lignes de grosseur dépassait le niveau du bord libre de la paupière. Le malade éprouvait des douleurs violentes. — Trois jours après, tout était rentré dans l'ordre à l'aide de la solution de nitrate d'argent.

Il arrive aussi que, dans la blépharite muqueuse, la secrétion de la conjonctive est diminuée ou même supprimée totalement. Cette membrane est alors sèche et luisante, sa couleur rouge est plus vive, les douleurs qu'éprouvent les malades sont plus aiguës. C'est là ce que quelques auteurs indiquent sous le nom d'*ophthalmie sèche*.

Cette première nuance de la blépharite est, sans contredit, la moins dangereuse. Soumise à un traitement convenable et bien dirigé, il est rare qu'elle persiste au delà de huit à dix jours. Il me resterait maintenant à indiquer les moyens que la thérapeutique met à la disposition des chirurgiens contre cette affection, mais je crois convenable de ne m'occuper du traitement de la blépharite en général et de ses diverses nuances, que lorsque j'aurai présenté les caractères qui les différencient aux yeux des observateurs.

2° *Blépharite glanduleuse.* — J'ai déjà dit quel est ici le siége de l'inflammation. Examinons maintenant les signes qui la caractérisent.

Le picotement qu'éprouvent les malades est

moins vif ici que dans le cas précédent, et il ne se fait sentir que vers le bord libre interne des paupières. C'est aussi sur ce point que les malades ressentent une sensation de gravier plus ou moins prononcée. Il leur semble que de petits grains de sable sont arrêtés sur le bord palpébral. On n'observe pas ici, comme dans la blépharite muqueuse, des plaques réticulées, mais une espèce de ruban transversal ayant la convexité tournée en arrière. La vascularisation présente aussi des caractères particuliers. Les vaisseaux sont situés moins superficiellement; ils sont fixes et immobiles. La rougeur est d'autant plus prononcée qu'on approche davantage du bord libre des paupières; ce qui se conçoit facilement, puisque c'est là qu'est le siége de l'inflammation. Il est inutile de dire que nous n'entendons parler ici que des cas où les glandes de Meïbomius sont seules affectées. Cette restriction s'applique, du reste, à toutes les nuances que nous avons à étudier. Elle est nécessaire pour ne pas trop compliquer cette étude.

Mais le caractère pathognomonique de l'espèce de blépharite qui nous occupe en ce moment, est dans le produit de la sécrétion des glandes de Meïbomius. C'est une matière visqueuse, plus ou moins consistante, facile à se concréter, ne s'écoulant pas avec facilité hors de l'œil, s'arrêtant en grande partie sur le bord palpébral. C'est là que, solidifié pendant le sommeil, ce mucus colle les deux paupières ensemble, de telle sorte que le malade, à son réveil, ne peut pas ouvrir son œil, et est obligé de l'humecter avec de l'eau chaude. Si l'on néglige cette précaution, il est rare que quelques cils ne soient pas sacrifiés dans ces tiraillements répétés. De là

de petits abcès et de légères ulcérations, dont nous parlerons bientôt. Lorsqu'on a quelque habitude des malades, il est facile d'observer sur le bord libre interne des paupières un petit bourrelet qui dépend évidemment du développement des glandes de Meïbomius.

Quoique cette affection soit moins légère que la précédente, ce n'est pas cependant une maladie grave. Ce qui la distingue, sous ce rapport, c'est la facilité avec laquelle elle récidive lorsqu'elle est à l'état chronique. C'est assez dire que les chirurgiens doivent faire tous leurs efforts pour en triompher au début.

Il arrive quelquefois que le ruban dont j'ai parlé plus haut se couvre d'une couche blanchâtre plus ou moins épaisse. C'est là la variété que M. Velpeau désigne sous le nom de blépharite *diphtéritique* ou *couenneuse*. Ces deux dénominations indiquent assez quelle est ici la nature du mal. Cette couche pseudo-membraneuse offre assez souvent à sa surface de petits grains d'une couleur argentine. Ce dernier caractère était évident chez trois malades qui se trouvaient dans le service de M. Velpeau pendant le mois d'août 1838. Je n'insisterai pas davantage sur cette variété. Qu'il me suffise de dire qu'elle complique d'une manière toujours plus ou moins défavorable la blépharite glanduleuse. Aussi, lorsqu'elle existe, les praticiens doivent-ils s'attendre à voir la maladie résister longtemps au traitement le mieux dirigé. Les trois malades dont j'ai parlé plus haut sont restés plus d'un mois dans l'hôpital; je dois même ajouter qu'à leur sortie ils étaient loin d'une guérison complète.

3. *Blépharite granuleuse.* — Cette troisième

nuance n'a pas été décrite à part par les auteurs. On s'est borné à l'indiquer comme une conséquence de l'ophthalmie *catarrhale* ou *purulente*. Elle offre pourtant, comme nous allons le voir, des caractères qui ne permettent pas de la confondre avec les autres nuances de la blépharite. Les symptômes qui la caractérisent, et que nous allons passer en revue, ne permettent pas de douter que l'inflammation a ici son point de départ dans les follicules muqueux. Elle existe à l'état aigu et à l'état chronique. Nier le premier de ces deux états, serait se refuser à l'évidence. D'ailleurs, pourquoi les follicules de la membrane muqueuse oculaire ne seraient-ils pas sujets aux mêmes maladies que ceux des autres membranes de même nature, la muqueuse intestinale, par exemple?

Quoi qu'il en soit, voici les symptômes qui la caractérisent : la conjonctive, examinée avec soin, offre une foule de granulations d'une ténuité extrême; ces petits corps, que, ou égard à leur arrangement, on pourrait en quelque sorte comparer aux papilles de la langue, sont d'abord écartés les uns des autres; mais bientôt ils se rapprochent et forment une espèce de réseau étendu sur la membrane muqueuse. Ce réseau granuleux est sillonné d'une foule de petits vaisseaux qui s'entrecroisent en tous sens, et dont la rougeur est peu prononcée. Cette vascularisation disparaît même parfois, en grande partie, après quelques jours; les granulations persistent alors seules. C'est là un signe précurseur du passage de la maladie à l'état chronique.

Dans le plus grand nombre des cas, les malades éprouvent peu de douleurs; la sensation de gravier est différente de celle de la blépha-

rite *muqueuse ;* ce n'est plus, en effet, une sensation de poils, de petits cordons, mais plutôt d'une poussière très fine.

Un symptôme important à noter, c'est que, lorsque l'inflammation est intense, les paupières se boursoufflent, revêtent un aspect fongueux, et prennent un tel développement, aux dépens de leur face interne, que le globe oculaire se trouve caché par elles, et on est tout étonné, en les relevant, de trouver cet organe parfaitement sain. Lorsque la maladie occupe la paupière supérieure, et que l'inflammation est peu intense, il est assez difficile de la reconnaître, vu la difficulté qu'on éprouve à relever cette partie du voile oculaire. Je dois dire néanmoins qu'on y parvient assez facilement en tirant vers le bord externe de l'arcade sourcilière le bord libre de la paupière, et en faisant basculer en avant son cartilage tarse pendant que le malade regarde en bas. J'ai vu bien souvent M. Velpeau employer ce moyen avec un plein succès.

La sécrétion de la conjonctive est ici peu abondante; son produit est demi-visqueux et présente une certaine consistance.

Lorsque cette affection n'est pas arrêtée à son début, elle oppose à tous les moyens thérapeutiques une ténacité remarquable. C'est, sans contredit, la nuance la plus rebelle à toute espèce de traitement.

4. *Blépharite ciliaire.*—C'est une des variétés de la blépharite que les auteurs ont désignée sous le nom de *psorophthalmie*, de *teigne des paupières*. Des hommes qui veulent tout expliquer ont prétendu trouver dans cette affection un symptôme de la gale; c'est là une assertion tout à fait hypothétique que l'expérience dé-

ment chaque jour. Parmi les nombreux malades atteints de cette maladie et admis à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pendant le printemps de 1838, pas un seul n'était atteint de la gale. D'ailleurs, je ne crois pas devoir insister davantage sur un fait que tous les praticiens sont à même de vérifier bien souvent. Je ne prétends pas dire par là que cette affection ne coïncide jamais avec la gale ; mais alors ce sont des cas exceptionnels, dont on ne peut tirer aucune conséquence rationnelle.

Cette espèce de blépharite, dont les auteurs ont négligé de donner une description soignée, est digne de fixer toute l'attention des praticiens ; car, outre les conséquences très désagréables qui en sont ordinairement la suite lorsqu'on l'abandonne à elle-même, elle peut encore donner lieu à des affections propres de l'œil, comme nous allons le voir. C'est surtout dès le principe qu'il est essentiel de la bien reconnaître, car plus tard elle est d'une ténacité extrême ; le plus souvent même, elle résiste à toute espèce de moyens.

Tout se borne d'abord à une légère démangeaison et à un peu de rougeur sur le bord libre externe des paupières ; il n'y a pas de sensation de gravier ; les fonctions de l'œil sont intactes ; il n'y a ni photophobie, ni larmoiement : tels sont les prodrômes de la maladie. Certes, on ne se douterait pas que c'est là le début d'une affection très rebelle aux moyens thérapeutiques, et qui, en outre, peut avoir des conséquences plus ou moins graves pour l'organe de la vision ; aussi les malades ne s'en occupent-ils pas. Mais bientôt la base des cils se couvre de petites écailles d'une couleur, jaunâtre que les malades font tomber en

frottant leurs yeux ; on observe alors à leur place de petites exulcérations qui se recouvrent bientôt d'une croûte mince qui tombe de nouveau, et ainsi de suite. Ces petites ulcérations fournissent une matière gluante, visqueuse, d'un brun grisâtre, qui se fixe aux cils et les colle les uns aux autres, de telle sorte que la réunion de plusieurs de ces poils entre eux forme des espèces de petits pinceaux ; ce qui donne à l'œil un aspect tout particulier. Plus tard, si la maladie n'est point arrêtée, les cils, déracinés pour ainsi dire par les progrès des ulcérations, tombent un à un, et l'œil finit quelquefois par être entièrement privé de ces organes protecteurs. On comprend facilement que ce doit être là une cause permanente de kératite, de conjonctivite, etc., etc. C'est alors qu'on observe sur le bord libre externe des paupières, à la place qu'occupaient les cils, un petit bourrelet longitudinal, d'un rouge plus ou moins foncé.

Tels sont les principaux caractères que présente la blépharite ciliaire, lorsqu'elle existe à l'état simple, sans complication aucune. On le voit, ils sont essentiellement différents de ceux que nous avons observés dans les variétés précédentes ; mais, je me hâte de le dire, cette affection se combine presque toujours avec la blépharite *glanduleuse* ; et alors il existe deux nuances qu'il est bon de connaître : ces nuances sont fondées sur la prédominance de l'une ou de l'autre de ces deux affections. Ainsi, lorsque c'est l'inflammation des bulbes ciliaires qui domine, outre les caractères que je viens d'énumérer plus haut, le bord libre externe des paupières est boursouflé, soulevé en dedans ; les cils prennent alors une direction vicieuse vers le globe oculaire ;

de là un entropion. Si c'est, au contraire, l'inflammation des glandes de Meïbomius qui l'emporte, les symptômes se présentent dans un ordre inverse : c'est alors le bord libre interne de la paupière qui est boursoufflé et soulevé en dehors; les cils sont vicieusement dirigés en avant, et si leur chute a lieu, le bord palpébral présente une surface d'aspect fongueux, de deux à trois lignes d'épaisseur : c'est cette dernière nuance qu'on observe particulièrement chez les vieillards, et qui a reçu le nom *d'yeux d'anchois*.

5. *Blépharite purulente.* — C'est à tort que la plupart des auteurs ont confondu cette variété de la blépharite avec *l'ophthalmie purulente* proprement dite. Envisagée sous ce dernier point de vue, l'ophthalmie *purulente* offrirait trois nuances principales : 1° ophthalmie purulente *des nouveau-nés;* 2° ophthalmie *d'Egypte;* 3° ophthalmie *blennorrhagique*. Cette division est vicieuse; car l'ophthalmie des nouveau-nés a son siége spécial dans les paupières, tandis que les deux autres portent à la fois et sur l'œil et sur ses voiles membraneux. Cette considération, jointe à la différence bien tranchée de leurs caractères, nous ont porté à ne parler ici que de la blépharite purulente des nouveau-nés. Les deux autres variétés seront étudiées lorsque nous nous occuperons des affections propres de l'œil.

Saunders a fait observer que l'épithète *purulente* donnée à l'affection qui va nous occuper est exagérée, et que le nom de puriforme lui convient beaucoup mieux. Nous partageons entièrement cette opinion; aussi l'admettons-nous sans restriction.

Blépharite puriforme des nouveau-nés. —

L'étymologie de cette dénomination est facile à deviner. Il ne faudrait pas croire cependant que cette affection ne survient jamais chez les adultes. M. Velpeau l'a observée à la Pitié sur un sujet de douze ans. En 1838, nous l'avons observée à l'hôpital de la Charité, sur une jeune fille de quatorze ans et sur un jeune homme de quinze ans et demi ; mais, hâtons-nous de le dire, ce ne sont là que des exceptions, dont on doit, il vrai, tenir compte dans la science, mais qui ne détruisent en rien l'opinion généralement admise.

Cette maladie s'observe le plus ordinairement du troisième au quinzième jour de la naissance. Quelquefois cependant elle ne se montre que plus tard, après un mois, deux mois même.

Quoique j'aie dit que je ferais abstraction ici des causes spécifiques des ophthalmies, je ne puis passer sous silence en ce moment ce qui a été dit de celles de la blépharite puriforme des nouveau-nés. D'ailleurs, je passerai rapidement sur ce point : de pareilles discussions ont une bien faible importance dans la pratique.

On a pensé que le contact sur la conjonctive de la matière gonorrhéique ou simplement leuchorréique répandue dans le vagin de la mère, jouait le principal rôle dans la production de l'affection qui nous occupe : c'est là une étiologie inadmissible dans une foule de cas ; car combien de fois observe-t-on des nouveau-nés atteints de blépharite *puriforme* sans qu'on puisse avoir le moindre soupçon d'une infection chez la mère ! Il est peu de praticiens qui n'aient été plusieurs fois à même de vérifier ce fait. On objectera peut-être qu'on n'a pas toujours la facilité de se convaincre de la bonne foi de la mère.

Mais cela ne prouve rien ; et d'ailleurs ne voit-on pas tous les jours des mères affectées de blennorrhagie, donner naissance à des enfants dont les yeux restent parfaitement sains ? Une considération présentée par M. Velpeau et à laquelle, je crois, on n'a pas fait assez d'attention en généralisant cette cause supposée, c'est que l'enfant vient au monde les yeux fermés, et les paupières en quelque sorte repliées sur elles-mêmes.

On a donné aussi comme causes de la blépharite puriforme des nouveau-nés une atmosphère viciée, l'accumulation des sujets dans un même lieu, une mauvaise nourriture, la malpropreté, etc. Ce sont là sans contredit des causes plausibles. Mais peut-on supposer qu'elles soient les seules, lorsqu'on observe cette maladie dans les classes les plus élevées de la société et chez les enfants entourés de conditions hygiéniques qui ne laissent rien à desirer ? On a parlé ensuite de l'action de l'eau froide du baptême tel qu'on le pratique dans le culte catholique ; mais c'est là une cause qui ne doit pas être prise en considération, car chacun sait que l'affection dont nous parlons est aussi fréquente, proportions gardées d'ailleurs, chez les enfants du culte reformé, chez les juifs, les musulmans, etc., que chez les catholiques.

Quant aux variations rapides de l'atmosphère, au *cold in the eyes* (froid sur les yeux) des Anglais, nous avouons que ce doit être là une cause puissante. Mais, hâtons-nous de le dire, la cause principale nous échappe ici, comme dans une foule d'autres circonstances. Sous ce point de vue, les raisonnements les mieux fondés en apparence sont en definitive ceux qui semblent s'éloigner le moins de la vérité.

Une autre question se présente maintenant : la blépharite *puriforme* doit-elle être classée parmi les maladies contagieuses? M. Carron du Villards n'hésite pas à répondre par l'affirmative, en ce qu'elle s'est souvent transmise de l'enfant à la nourrice. M. Velpeau n'a pas résolu cette question d'une manière definitive. Les faits qu'il a observés ne sont pas encore suffisants. Tout porterait cependant à penser que c'est là une affection contagieuse.

Quoi qu'il en soit, les caractères principaux de la blépharite puriforme sont les suivants : Au début, le petit malade supporte difficilement la lumière; il éprouve dans l'œil une démangeaison qu'il indique assez en portant continuellement les mains aux yeux. Le bord libre des paupières est rouge, un peu tuméfié et recouvert d'une couche mince de matière gluante et blanchâtre, qui se réunit en une sorte de peloton vers le grand angle de l'œil. M. Baron, médecin des enfants-trouvés, a dit à M. Carron du Villards que l'on pouvait diagnostiquer à son début une blépharite puriforme des nouveau-nés, lorsqu'on observait une injection rouge transversale sur la face externe des paupières.

Tel est le premier degré de la maladie. C'est alors qu'il faut employer tous les moyens suggérés par l'art pour l'arrêter; il en est encore temps. Le chirurgien doit se tenir en garde contre un début si bénin en apparence. Bientôt en effet la conjonctive palpébrale s'enflamme, la sécrétion devient de plus en plus abondante; le produit de cette sécrétion est d'abord liquide et clair, c'est la période que les auteurs appellent *hydorrhée*. Peu de jours après, le liquide devient plus consistant et trouble (*phlegmatorrhée*); enfin il prend une

couleur verdâtre et l'aspect purulent; c'est la période que les auteurs désignent sous le nom de *pyorrhée*. C'est alors que la conjonctive palpébrale s'épaissit considérablement; les paupières se tuméfient; la supérieure vient recouvrir l'inférieure, sans qu'il soit le plus souvent possible de la relever. Lorsqu'on peut voir la conjonctive, on la trouve couverte de granulations qui lui donnent un aspect fongueux. Le mucus ruisselle sur la face et excorie la peau des malades. Les douleurs sont alors violentes; l'enfant pousse des cris lorsqu'on le présente à la lumière. A tous ces signes il n'est plus possible de méconnaître la maladie; mais nous devons ajouter qu'alors aussi elle est bien souvent au-dessus des ressources de l'art.

Une observation importante à noter c'est qu'au milieu de tout ce désordre des paupières, l'œil reste le plus souvent à l'état sain. Cette considération suffirait à elle seule pour légitimer la divison que nous avons établie.

Un fait noté par les auteurs c'est que lorsque l'œil est envahi par l'inflammation, lorsqu'il y a fonte purulente de cet organe, les malades peuvent facilement ouvrir les paupières; tandisque, lorsque l'œil reste intact, ses voiles membraneux sont fortement appliqués l'un contre l'autre. On a cherché à se rendre compte de ce fait de plusieurs manières. Ne pourrait-on pas en trouver la raison, dit M. Velpeau, en ce que, dans le premier cas, la rétine n'est plus impressionnée par les rayons lumineux, tandis que, dans le second, cette toile nerveuse, ne pouvant supporter la lumière, réagit sur les muscles qui tiennent alors les paupières fortement serrées l'une contre l'autre?

Tels sont les caractères principaux que présentent les différentes espèces de blépharite. Je ne dirai rien de leur diagnostic différentiel; il est suffisamment indiqué dans la description que j'ai donnée de chacune d'elles.

Avant de m'occuper du traitement, je crois devoir dire quelques mots des combinaisons diverses de ces maladies, et des conséquences que chacune d'elles peut avoir.

Les différentes nuances de la blépharite que nous venons de passer en revue sont souvent combinées l'une avec l'autre sur le même sujet. Le siége de chacune de ces affections est en effet trop rapproché, pour qu'il puisse en être autrement. Aussi, je n'insisterai pas sur ce point; qu'il me suffise de dire que la blépharite *muqueuse*, la blépharite *granuleuse* et la blépharite *glanduleuse* sont souvent combinées ensemble; que la blépharite *puriforme* est très souvent compliquée de blépharite granuleuse, et qu'il est rare que la blépharite *ciliaire* persiste quelque temps, sans que la blépharite glanduleuse vienne la compliquer.

Ces maladies ont aussi des conséquences particulières à chacune d'elles, et qu'il est bon de connaître. Ainsi, la blépharite *ciliaire*, lorsqu'elle persiste quelque temps, cause la chute des cils; de là une difformité désagréable, et de plus une cause permanente d'affections propres de l'œil, comme je l'ai déjà fait observer. C'est à la blépharite *glanduleuse* qu'on doit rapporter ces petites tumeurs qu'on observe sur le bord libre des paupières, telles que le grelon, l'orgelet et les différentes espèces de kystes. La blépharite *granuleuse*, en donnant lieu aux fongosités dont j'ai parlé, cause quelquefois des

dégénérescenses diverses de la paupière. On comprend enfin que la blépharite *muqueuse* puisse envahir la conjonctive oculaire et donner lieu par là à une conjonctivite proprement dite.

Je n'entrerai pas dans plus de détails sur ces conséquences, qu'il est d'ailleurs facile de prévoir. Je me hâte de passer au traitement.

Traitement des différentes variétés de la blépharite.—Avant de passer en revue les différents moyens que la thérapeutique met à la disposition des chirurgiens contre chacune des affections que nous venons d'étudier, je crois devoir présenter quelques considérations générales. Jusqu'ici nous avons fait abstraction de la constitution des sujets et des causes spécifiques de la maladie; nous suivrons la même route dans l'étude du traitement. Ce que nous allons dire en ce moment s'applique du reste à plusieurs autres espèces d'ophthalmie que nous étudierons plus tard.

Pendant longtemps les moyens généraux ont occupé le premier rang dans le traitement des ophtalmies. Ainsi nous voyons la plupart des auteurs préconiser les émissions sanguines générales, les bains, le révulsifs, etc., et n'accorder aux moyens locaux qu'une influence secondaire. M. Velpeau est parvenu à se convaincre, après une foule d'expériences faites publiquement dans son service à l'hôpital de la Charité, que dans la blépharite, la conjonctivite et la kératite, les médications locales doivent être placées en première ligne. Il ne faudrait pas conclure de là que les émissons sanguines générales, les bains, les révulsifs, etc., doivent être proscrits ici. Ce sont là sans contredit des adjuvants utiles et quelquefois même nécessaires dans certains cas. Mais on

serait bien souvent trompé dans ses espérances, si on attendait d'eux seuls une guérison radicale. Ces moyens calment sans doute les symptômes de la maladie ; ils favorisent la guérison ; mais le plus souvent ils sont incapables de la produire. Voici du reste la conduite de M. Velpeau à cet égard. Lorsque l'inflammation est intense, que le sujet est d'une forte constitution, ce chirurgien débute par une ou plusieurs saignées générales; dans quelques cas je lui ai vu faire usage de la saignée d'après la méthode de M. Bouillaud, et je puis dire qu'il en a retiré des résultats très avantageux. Mais immédiatément après il a recours aux topiques, et c'est alors que la maladie, dont les symptômes généraux ont été calmés, marche avec rapidité vers la guérison. Je dois ajouter que ce n'est pas précisément d'après l'intensité de l'inflammation locale que M. Velpeau fait un plus ou moins grand usage des saignées générales, mais bien d'après les symptômes de réaction qu'il observe. C'est ainsi que j'ai vu ce chirurgien combattre avec un prompt et plein succès, des blépharites et des conjonctivites des plus intenses, à l'aide d'une solution de nitrate d'argent, Je n'entre pas dans plus de détails sur ce point. Nous aurons occasion d'y revenir plus d'une fois.

D'après la pratique de M. Velpeau, la solution de nitrate d'argent jouant le principal rôle dans la thérapeutique des ophthalmies proprement dites, il importe de présenter ici quelques réflexions générales sur cette médication.

L'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des ophthalmies, est loin de constituer une médication nouvelle. Ce sel se trouve conseillé dans les ouvrages anciens. Mais hâtons-

nous de le dire, jusqu'à ces dernières années il n'était employé par les chirurgiens que comme caustique. C'est en effet à ce titre que Regent, Janin, Scarpa en ont vanté les heureux résultats. C'est là la méthode *ectrotique* ou *abortive*, dont les Anglais font un si fréquent usage. Elle est fondée, comme on le sait, sur cet axiome de Hunter : la durée d'une inflammation peut être abrégée, en excitant momentanément une inflammation plus aiguë. Certes M. Velpeau ne prétend pas qu'on doive rejeter de la pratique le nitrate d'argent employé comme caustique. On verra dans le cours de ce livre que ce chirurgien y a recours dans plusieurs cas ; mais il a reconnu dans ce sel employé en solution une propriété résolutive d'une haute importance, et c'est sous ce dernier point de vue que nous allons l'examiner ici.

La solution de nitrate d'argent dans le traitement des inflammations de la face muqueuse des paupières, de la conjonctive et de la cornée, produit chaque jour entre les mains de M. Velpeau les résultats les plus satisfaisants. Je dois même ajouter que c'est surtout au début de la phlegmasie que les bons effets de cette médication son évidents. Je pourrais citer à ce sujet une foule d'observations que j'ai recueillies dans le service de ce chirurgien, à l'hôpital de la Charité. J'ai vu des conjonctivites des plus intenses céder dans quelques jours à l'emploi de cette solution. En conséquence, de concert avec M. Velpeau, je ne puis trop engager les praticiens à en faire usage ; car je suis pleinement convaincu qu'ils n'auront pas à s'en repentir.

Entrons dans quelques détails sur cette médication ; car c'est, je crois, pour avoir méconnu

ou négligé les précautions qu'elle exige, que quelques chirurgiens ne lui ont pas accordé la confiance qu'elle mérite. Il faut s'assurer, avant tout, que le pharmacien a ponctuellement suivi l'ordonnance. Dans les hôpitaux surtout on doit être en garde sur ce point. La formule adoptée par M. Velpeau varie suivant les cas. Il commence ordinairement par une solution à la dose d'un demi-grain de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée, chez les enfants; et d'un grain ou d'un grain et demi chez les adultes. Cette dose est ensuite augmentée progressivement suivant la ténacité de la maladie et les symptômes qui se présentent. J'ai vu M. Velpeau élever cette dose jusqu'à six, huit et même dix grains. Voici du reste la marche à suivre dans l'emploi de cette médication : après trois ou quatre jours, il faut suspendre le traitement, pour le reprendre deux ou trois jours plus tard, et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison arrive. Ces intervalles sont formellement indiqués par M. Velpeau. Je dois ici prévenir d'une circonstance qui pourrait inspirer des craintes, et donner des doutes sur les bons effets du médicament. Ordinairement dans les premiers jours de l'emploi de la solution, les symptômes inflammatoires s'exaspèrent et la maladie semble redoubler d'intensité; on suspend le remède, et l'on voit les symptômes s'amender considérablement et la maladie marcher vers la guérison. Il n'est pas rare alors d'entendre les malades accuser la médication. Mais le chirurgien ne doit point être surpris de ce phénomène qui n'a rien que de très naturel; il faut revenir à la solution après avoir donné quelques jours de repos au malade; car si on s'en tenait à cette première

période du traitement, on courrait risque de voir la maladie revenir d'elle-même avec plus d'intensité peut-être qu'auparavant. C'est là un fait qui résulte des nombreuses expériences de M. Velpeau, dont j'ai été moi-même bien souvent témoin.

La solution de nitrate d'argent exige aussi des précautions dans son mode d'administration. Ce n'est pas évidemment en lotion qu'il faut s'en servir; on se borne à en instiller une ou deux gouttes, matin et soir, entre les paupières. Pour qu'elle produise tout l'effet désirable, il faut que le liquide se trouve en contact avec tous les points affectés. Je borne là ces réflexions; nous aurons plus d'une fois occasion de revenir sur ce sujet.

Etudions maintenant le traitement qui convient à chacune des variétés de la blépharite.

Traitement de la blépharite muqueuse. — Les meilleurs remèdes à employer contre cette première nuance sont, sans contredit, les topiques astringents; et, parmi ces topiques, ce sont les collyres liquides qui doivent avoir la préférence. Tout le monde comprend facilement la raison de ce choix. Je ne passerai pas ici en revue tous les collyres astringents qui ont été essayés; cela me conduirait trop loin. Je me bornerai à mentionner ceux que j'ai vu essayer par M. Velpeau, et qui ont paru produire les plus heureux résultats. De ce nombre sont le collyre au nitrate d'argent, celui au sulfate de zinc, et celui au sulfate de cuivre. Chacun de ces trois moyens a été essayé un assez grand nombre de fois par M. Velpeau, pour que ce chirurgien ait été à même de juger leur valeur respective. Or, le collyre au nitrate d'argent a paru devoir

mériter la préférence. Aussi est-ce le seul que M. Velpeau emploie aujourd'hui; et tous ceux qui suivent son service, à l'hôpital de la Charité, connaissent tous les précieux avantages de cette médication. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant : Au mois de février dernier, une jeune fille se présente à la consultation de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Depuis trois jours elle est affectée d'une blépharite muqueuse intense du côté gauche. La solution au nitrate d'argent est prescrite à la dose d'un grain dans une once d'eau distillée. Quelques jours après, cette jeune fille revint à la consultation pour dire à M. Velpeau que le lendemain même de l'application du remède elle avait été considérablement soulagée, et que deux jours après elle avait été complètement guérie.

Quoique dans la plupart des cas, cette médication suffise pour amener la guérison, je dois ajouter que si l'inflammation est violente et qu'il existe des symptômes de réaction, il faut avoir recours aux émissions sanguines générales, proportionnées à la constitution des sujets et à l'intensité de l'inflammation. Mais, qu'on ne l'oublie pas, car M. Velpeau a fortement insisté sur ce point, ce n'est là qu'un moyen adjuvant.

Traitement de la blépharite glanduleuse. — Ici, eu égard au siége du mal, les collyres doivent être mis de côté, car ils ne pourraient pas séjourner assez longtemps sur les parties affectées. En conséquence, c'est aux pommades qu'il faut avoir recours. Celles qui méritent la préférence sont les pommades dites de Janin, de Lyon, de Regent, de Desault, la pommade au précipité blanc, et celle au nitrate d'argent. Il

n'est pas indifférent, néanmoins, de faire usage de l'un ou l'autre de ces moyens dans tous les cas. M. Velpeau est parvenu, après un grand nombre d'essais, à établir les conclusions suivantes : Si la blépharite *glanduleuse* revêt la forme diphtéritique, c'est la pommade au précipité blanc qui mérite la préférence (un gros de précipité par once d'axonge); — Si le liséré, le ruban dont j'ai parlé en décrivant cette dernière nuance, est rouge, luisant, c'est aux pommades de Janin, de Lyon, de Regent, de Desault qu'il faut avoir recours; — S'il existe de légères excoriations sur le bord libre interne des paupières, la pommade au nitrate d'argent doit être préférée; enfin, si ces excoriations sont très prononcées, on doit faire usage du crayon de nitrate d'argent.

Toutefois, il faut le dire, la blépharite glanduleuse est souvent très tenace, et oppose une très grande résistance au traitement le mieux dirigé. C'est surtout à son début qu'il faut employer tous les moyens pour en triompher, car lorsqu'elle est passée à l'état chronique, très souvent elle semble se jouer de toutes les médications; ajoutons qu'elle récidive avec une facilité extrême.

Traitement de la blépharite granuleuse. — C'est sans contredit la nuance la plus rebelle à toute espèce de médication. Aussi a-t-on essayé contre elle une foule de moyens dont je crois inutile de donner la nomenclature. Je me bornerai encore ici à présenter les résultats des expériences de M. Velpeau.

Les collyres au sulfate de zinc avaient d'abord paru à ce chirurgien mériter de la confiance; mais il s'est convaincu, après plusieurs essais,

que c'est un remède peu efficace, et depuis quelque temps il y a complètement renoncé. Les collyres au nitrate d'argent ont été essayés ensuite; la dose en a été portée jusqu'à huit et même dix grains dans une once d'eau. Le plus souvent, il est vrai, les symptômes ont été calmés; quelquefois même la maladie a paru céder totalement, mais bientôt elle a reparu comme auparavant. C'est donc encore un moyen qui ne mérite pas une grande confiance. M. Velpeau a aussi fait usage un grand nombre de fois des collyres avec le sous-acétate de plomb, le sublimé, le calomel, du laudanum sous toutes les formes, des pommades de Janin, de Regent, de Desault, etc., de l'oxide de bismuth en poudre, d'un mélange par parties égales, de calomel et de sucre pulvérisé. Mais dans le plus grand nombre de cas, aucun de ces moyens n'a paru modifier sensiblement la maladie. C'est alors que ce chirurgien a eu recours aux caustiques en nature. Il a d'abord essayé le nitrate d'argent en crayon. Chez une femme qu'il traita ainsi à l'hôpital de la Pitié, en 1831, la maladie datait de plusieurs mois, et avait son siége principal à la paupière supérieure. La conjonctive, considérablement épaissie, était couverte de fongosités. Il cautérisa légèrement quatre ou cinq fois, à six et huit jours d'intervalle, la surface enflammée, et obtint enfin une guérison radicale. Mais hâtons-nous d'ajouter que depuis lors ce même caustique a échoué le plus souvent. Il exige d'ailleurs dans son application des précautions qu'il est bon de connaître. C'est ainsi que le crayon doit être légèrement promené sur la surface enflammée, et on doit le retirer, dès qu'on a fait naître une couche blanchâtre;

car si on allait plus avant, on causerait une déperdition de substance; de là une cicatrice, un entropion et toutes ses conséquences. En 1838, un cas de ce genre s'est présenté à la consultation de M. Velpeau à l'hôpital de la Charité. Une jeune fille, affectée d'une conjonctivite intense, vint réclamer les soins de ce chirurgien. Elle portait aussi sur l'œil malade un entropion très prononcé. Interrogée sur ce point, elle nous dit qu'elle avait eu mal aux paupières un mois auparavant, et qu'on l'avait cautérisée avec la pierre infernale.

Pour obvier à cet inconvénient, qu'il n'est pas toujours facile d'éviter, M. Velpeau a substitué au nitrate d'argent, le sulfate de cuivre dont l'action n'est pas aussi active ; et je dois ajouter que plusieurs fois il s'est bien trouvé de l'emploi de ce moyen.

M. Velpeau a en outre mis à contribution tous les moyens indirects préconisés par les auteurs. Ainsi il a employé les vésicatoires à la nuque, aux tempes, sur les apophyses mastoïdes, aux bras, aux jambes, et même sur le devant de l'orbite; mais tout cela n'a paru exercer aucune influence sur la maladie. Les émissions sanguines, les purgatifs de toute espèce, l'iode sous toutes les formes, en lotion, en teinture, en collyre, à l'extérieur, à l'intérieur, n'ont pas produit de plus heureux résultats.

On le voit, cette affection réclame encore de nouvelles recherches thérapeutiques; quoi qu'il en soit, voici la marche que suit et que conseille M. Velpeau dans le traitement de cette maladie. Lorsque l'inflammation est encore à l'état aigu, on peut espérer d'en triompher par les astringents. On débute par une ou deux saignées, suivant la

constitution du sujet et les symptômes de réaction ; on administre aussi quelques purgatifs. On essaie d'abord pendant six à huit jours le collyre ou nitrate d'argent, en y ajoutant la pommade de la même substance, si le bord libre de la paupière se trouve pris. Si après cette époque la maladie ne paraît pas modifiée, il ne faut plus rien attendre de cette médication, et passer immédiatement aux moyens indiqués plus haut. Si les collyres et les pommades n'ont pas d'efficacité, il faut alors recourir à la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre. C'est par une combinaison judicieuse de ces différents moyens que j'ai vu quelquefois M. Velpeau triompher de l'affection qui nous occupe. Mais répétons-le en finissant c'est là une de ces maladies qui semblent mettre au défi toutes les ressources de la thérapeutique. Les guérisons radicales que l'on obtient lorsque l'affection existe depuis quelque temps, ne sont que de rares exceptions.

Traitement de la blépharite des nouveau-nés.—Quoique cette variété soit, sans contredit, la plus grave de toutes, il ne faudrait pas croire qu'elle oppose la même résistance aux moyens thérapeutiques. On peut même dire qu'attaquée convenablement à son début, elle cède le plus souvent; mais malheureusement, comme je l'ai déjà dit, il n'est pas toujours facile de la reconnaître à son principe, et on n'a recours dans le monde aux hommes de l'art que lorsque la maladie est déjà avancée.

Les moyens qui ont été préconisés contre cette affection sont nombreux. Je ne parlerai que de ceux qui sont le plus généralement répandus dans la pratique et qui ont été sanctionnés par l'expé-

rience. Dans l'état actuel de la science, ce sont les topiques qui constituent la base du traitement de la blépharite puriforme des nouveau-nés. Ici encore le nitrate d'argent doit être placé en première ligne. Lorsqu'on emploie ce sel en solution, il faut en porter la dose à un degré assez élevé. MM. Kennedy et Yreland ont obtenu une foule de succès, en instillant trois ou quatre fois par jour entre le paupières quelques gouttes de la solution suivante :

Nitrate d'argent,	2 gros,
eau de roses,	1 once.

Certes c'est là un escarotique très actif, auquel nous préférons toujours la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Mais cette dernière opération est assez souvent impraticable, vu le gonflement extrême dont les paupières sont ordinairement le siége.

M. Carron du Villards dit, dans son excellent ouvrage, qu'il a triomphé bien souvent de la maladie qui nous occupe au moyen du collyre suivant dont il injecte quelques cueillerées deux ou trois fois par jour entre les paupières, à l'aide d'une petite seringue en ivoire :

Infusion aqueuse de roses de provins,	4 onces.
Suie préparée,	20 grains.
Jus de citron,	12 gouttes.

On sait que les Anglais ont une grande confiance dans la solution styptique de Bath étendue dans de l'eau froide, et qu'ils administrent par le même moyen que nous avons indiqué précédemment. Ce sont là sans doute des moyens avantageux dont on doit tenir compte dans la pratique. Mais le remède, auquel M. Velpeau a le plus de confiance, consiste à cautériser, lorsque cela est possible, la surface muqueuse palpébrale

avec le crayon de nitrate d'argent. Lorsque l'état des paupières ne permet pas d'avoir recours à ce moyen; il fait usage d'une solution de ce sel à une dose plus ou moins élevée suivant les cas.

Quant aux cataplasmes émollients dont on faisait autrefois un fréquent usage, il est bien réconnu aujourd'hui qu'ils doivent être totalement rejetés.

Lorsque la maladie n'a cedé qu'incomplétement aux moyens precédemment indiqués, et que les paupières persistent dans un état d'épaississement, une compression méthodiquement faite offre de grands avantages. M. Velpeau dit y avoir eu recours plusieurs fois dans ces cas, et en avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants.

Il est inutile d'ajouter qu'il faut, autant que possible, veiller à la propreté des petits malades, et les placer dans les conditions hygiéniques les plus favorables.

Traitement de la blépharite ciliaire. — Je n'ai que quelques mots à dire sur le traitement de cette variété; car on comprend facilement qu'elle doit réclamer les mêmes moyens que la blépharite *glanduleuse*. C'est ici surtout que les collyres n'ont aucune prise sur le mal. C'est aux pommades qu'il faut avoir recours. Celles que M. Velpeau emploie de préférence sont la pommade au nitrate d'argent, les pommades de Janin, de Regent et de Desault. Lorsqu'il existe des excoriations, il fait usage du crayon de nitrate d'argent. Mais qu'on ne l'oublie point, c'est à son début, lorsqu'elle est encore à l'état aigu, qu'il faut l'attaquer; car plus tard, elle est d'une ténacité extrême; le plus souvent même elle est incurable.

Tumeurs des paupières.

Nous étudierons, sous ce titre, l'orgeolet, le furoncle, les tumeurs cystiques, les abcès proprement dits et les tumeurs érectiles. Nous terminerons par quelques courtes considérations sur le squirrhe et le cancer des paupières.

Orgeolet. — Telle est la dénomination adoptée par les pathologistes pour désigner une tumeur inflammatoire de la nature du furoncle, développée près du bord libre des paupières, le plus souvent vers leur commissure interne, et occupant plus fréquemment la paupière supérieure que l'inférieure. C'est à cause de la forme que revêt la maladie, et de sa ressemblance avec un grain d'orge qu'on l'a désignée ainsi.

L'orgeolet n'est pas une affection simplement cutanée. L'inflammation a ici son point de départ dans le tissu cellulaire renfermé dans les cloisons cellulo-fibreuses qui doublent la face postérieure du derme. Cette tumeur n'est, en réalité, qu'une variété du furoncle, et les auteurs ne l'ont décrite à part qu'à cause des modifications qu'elle subit, eu égard au siége qu'elle occupe.

L'orgeolet existe tantôt à l'état aigu, tantôt à l'état chronique. Il importe de l'étudier sous ces deux états; car, comme nous allons le voir, ils offrent des différences notables, et sous le rapport de la symptomatologie et sous celui du traitement.

A l'état aigu, l'orgeolet offre les caractères suivants : La maladie s'annonce par une légère démangeaison sur le bord libre des paupières. Bientôt le point qui doit être le siége de la tu-

meur devient rouge, luisant; les malades éprouvent sur cette partie de légers élancements. Peu après, une petite tumeur de forme oblongue apparaît et s'accroît avec plus ou moins de rapidité. On en a vu acquérir, en quelques jours, le volume d'une grosse amande; mais je dois ajouter que ces cas sont assez rares, et que le volume ordinaire de ces tumeurs est celui d'un haricot. Quoi qu'il en soit, lorsque l'inflammation est intense, la tumeur revêt une couleur vineuse; les douleurs sont vives; la peau est tendue et d'une grande sensibilité au moindre contact. Il y a de la fièvre; les malades sont agités. Dans ces cas, la maladie marche avec rapidité. Bientôt, en effet, un point blanc apparaît sur la partie la plus saillante de la tumeur, et par une légère pression qui est toujours très douloureuse, on donne issue à un pus clair et séreux. Mais tout n'est pas fini là; cette ouverture se ferme, et la tumeur persiste. Peu après, un nouveau point blanc apparaît et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'enfin tout le tissu cellulaire qui constitue la tumeur soit désorganisé. On le voit, ce sont ici les mêmes phénomènes que pour le furoncle proprement dit.

Le plus souvent, il est vrai, la tumeur fait saillie au dehors; mais il est des cas où le gonflement est plus prononcé vers le globe oculaire; de là une plus grande gêne, et une cause immédiate d'inflammation de la conjonctive.

L'orgeolet chronique succède le plus souvent à l'état dont je viens de parler; il n'est pas rare néanmoins d'observer chez des sujets d'un tempérament lymphatique des tumeurs semblables se développer sans inflammation appréciable. Dans ces cas la tumeur est dure, d'un rouge pâle,

peu douloureuse à la pression, de volume variable, mais ordinairement petite. C'est une variété du *chalazion* des auteurs; une remarque importante à faire ici c'est que les tumeurs de ce genre sont très sujettes à récidive. Elles coïncident assez souvent avec d'autres affections. Chacun connaît le fait de Demours fils. Cet oculiste distingué, consulté pour une jeune personne de dix-sept ans, sujette depuis trois ans à une affection pédiculaire, apprit que les insectes se multipliaient sur le cuir chevelu de la malade par des espèces de crises qui surmontaient tous les obstacles qu'on leur opposait. Chaque crise était précédée d'un orgeolet à la paupière supérieure, tantôt d'un œil, tantôt des deux yeux.

On sait en outre que ces tumeurs apparaissent quelquefois d'une manière périodique; c'est ainsi que certaines femmes en sont affectées à chaque époque de leurs règles, quelques jours avant leur apparition.

Les causes qui peuvent donner lieu à cette affection sont nombreuses. Sans parler de celles qui sont extérieures et qu'il est inutile de rappeler ici, il en est d'un autre ordre qui doivent fixer toute l'attention des praticiens. Ainsi le plus souvent l'orgeolet dépend d'une irritation gastro-intestinale. M. Velpeau a cité dans ses leçons plusieurs exemples de ce genre; et tous les auteurs s'accordent à faire une très large part à l'influence qu'exerce un état maladif des premières voies sur le développement des tumeurs qui nous occupent en ce moment. On doit admettre encore ici le travail difficile de la menstruation et ses diverses anomalies. Nous ne nous arrêterons pas à donner sur ce point des explications qui pourraient être plus ou moins

plausibles; qu'il nous suffise de dire que ce sont là des faits sanctionnés par l'expérience, et que les praticiens doivent bien connaître sous peine de ne pas attaquer le mal dans sa racine, et de voir ainsi se prolonger et se répéter pendant un temps plus ou moins long une affection qu'on aurait pu facilement arrêter à son début.

Quoique cette maladie ne présente par elle-même aucune espèce de gravité, il importe néanmoins de la combattre tant sous le rapport de la difformité plus ou moins grande qu'elle occasione, que sous celui des conséquences qu'elle peut entraîner.

Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il faut toujours tenter de juguler l'inflammation à son début. Pour cela on a conseillé des applications de compresses imbibées d'eau froide, de glace pilée, d'un fragment de fer. M. Carron du Villards, à l'exemple de M. Serre d'Alais, dit s'être assez bien trouvé des frictions mercurielles. M. Velpeau pense que si ces moyens ont produit quelques résultats avantageux, le plus souvent ils n'arrêtent pas le développement et la marche de la maladie; et qu'on ne doit pas avoir en eux une trop grande confiance. Une ressource plus rationnelle, et qui offrirait sans contredit de plus grandes chances de succès, consisterait à inciser la petite tumeur. Par là, on opérerait un débridement salutaire et un dégorgement favorable. Mais, comme l'a fort bien observé M. Velpeau, la plupart des malades se refusent, au début d'une affection si bénigne, à toute espèce d'opération sanglante. Nous devons ajouter en outre qu'il est rare que les chirurgiens soient appelés au commencement de la maladie; on n'a ordinairement recours à eux

que lorsque la tumeur a acquis un développement considérable.

Quoi qu'il en soit, si les moyens dont je viens de parler, n'ont pas pu être mis en usage, ou s'ils ont été impuissants pour juguler l'inflammation, le rôle du chirurgien doit se borner à voir la tumeur suppurer, à hâter même cette suppuration par toutes les ressources de la thérapeutique. On a beaucoup vanté ici les cataplasmes composés soit avec des pommes-rainettes cuites, soit avec de la mie de pain cuite dans du lait fortement aromatisé avec du safran, soit tout simplement avec de la farine de lin, ou de la fécule de pomme de terre. Les fomentations émollientes, les bains locaux avec une décoction mucilagineuse doivent aussi être employés. Lorsqu'un point blanc se montre à la surface du gonflement, on peut être sûr que la suppuration commence à se former. Bien loin alors d'ouvrir la tumeur, il importe de s'opposer à la sortie du pus qui est déjà formé. Il faut attendre pour cela que la suppuration ait envahi toute la tumeur, car sans cette précaution qui est d'ailleurs recommandée par tous les auteurs, on s'exposerait à voir l'inflammation apparaître peu après avec les mêmes symptômes. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on a conseillé de couvrir la tumeur avec un emplâtre fortement agglutinatif. Lorsque l'on pense que la suppuration est bien établie, et qu'elle a envahi le bourbillon principal, on comprime alors la tumeur et on voit s'écouler un pus épais, floconneux, à la suite duquel est entraîné le tissu cellulaire mortifié. Mais cela ne suffit pas dans tous les cas. Quelquefois en effet, il reste dans le fond de la tumeur des portions de tissu à demi-mortifiées, et

que le travail éliminateur de la suppuration n'a pas pu complètement expulser. Il faut alors que l'art vienne au secours de la nature. Scarpa conseille dans ces cas, de porter le bout d'un pinceau imbibé d'acide sulfurique, dans la cavité de la tumeur. Ce caustique est un peu trop actif; c'est ce qui a porté M. Carron du Villards à lui substituer la poudre caustique de Vienne, dont il charge une aiguille. C'est aussi ce dernier moyen que M. Velpeau emploie de préférence.

Si l'orgeolet existe à l'état chronique, c'est aux maturatifs qu'il faut avoir recours. Les emplâtres de diachylon gommé, d'onguent de la mère, sont très avantageux; mais c'est ici surtout qu'il faut faire usage des révulsifs sur le tube intestinal, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune contre indication. Dans ces cas le calomel à petite dose procure quelquefois des guérisons qui avaient resisté à tous les moyens locaux.

Il est inutile d'ajouter que lorsque après la cicatrisation, il reste un engorgement des parties voisines, on doit tâcher de le résoudre par les moyens conseillés en pareil cas; car sans cette précaution on s'exposerait à voir apparaître une nouvelle tumeur.

Si l'orgeolet dépend d'une difficulté ou d'une irrégularité dans la menstruation, ce serait en vain qu'on l'attaquerait par les moyens locaux; il faut alors s'adresser directement à la cause du mal, et ce ne sera que quand on l'aura détruite, qu'on pourra espérer une cure radicale.

Il arrive asssez souvent, lorsque la tumeur a acquis un certain volume, et qu'elle a persisté pendant quelque temps, qu'après la guérison de l'orgeolet, la paupière reste œdémateuse, et conserve un développement anormal. C'est là un

phénomène de peu d'importance, et que l'on dissipe à l'aide de compresses imbibées d'eau végéto-minérale.

Furoncle. — Le furoncle des paupières ne diffère de l'orgeolet qu'en ce qu'il se développe sur toutes les parties de la paupière. Tout ce que nous avons dit précédemment s'y rapporte de tous points ; nous nous dispenserons en conséquence d'y revenir. D'ailleurs l'histoire de cette affection est assez connue ; qu'il nous suffise de dire que la résolution de ce genre de tumeur est extrêmement difficile à obtenir, et que le plus souvent la maladie parcourt ses différentes périodes sans qu'il soit possible de l'arrêter dans sa marche.

Nous passons sous silence les tumeurs charbonneuses. Ces affections se présentent aux paupières à peu près avec les mêmes caractères que sur les autres régions du corps, et ne réclament pas une médication différente. A ce sujet on peut consulter avec fruit le traité de pathologie chirurgicale de M. Vidal (de Cassis). On trouvera dans cet excellent ouvrage des considérations d'une haute importance pratique.

Tumeurs cystiques. — On appelle ainsi des tumeurs enkystées qui peuvent se développer sur tous les points de la paupière, et contenant une matière tantôt athéromateuse, tantôt mélicérique, tantôt stéatomateuse. Le volume de ce genre de tumeur est variable. On en a observé de la grosseur d'une noix. Dans le mois d'octobre dernier, j'ai assisté M. Velpeau dans l'enlèvement d'une de ces tumeurs ; elle offrait le volume d'une petite noisette, et avait son siége sur le milieu de la paupière supérieure du côté gauche. Elle était de nature mélicérique. Le

siége de prédilection de ces tumeurs est le bord libre des paupières. Il n'est pas rare, néanmoins, de les observer sur les autres parties de ces voiles membraneux.

Le plus souvent ce genre de tumeurs est dû à un petit furoncle non suppuré, ou à une simple hypertrophie du tissu cellulaire des paupières. Quelquefois, cependant, elles apparaissent sans cause connue, et sans lésion antérieure appréciable.

Dans tous les cas, les tumeurs cystiques se reconnaissent aux caractères suivants : ordinairement arrondies, elles n'offrent pas de changement de couleur à la peau ; le plus souvent elles ne sont le siége d'aucune douleur ; si elles font éprouver aux malades quelque souffrance, c'est plutôt à cause de la pression qu'elles exercent sur le globe oculaire que par elles-mêmes. Mais elles sont toujours plus ou moins incommodes, et c'est plus particulièrement sous ce point de vue que l'on cherche à s'en débarrasser. En les pressant entre les doigts, on sent une espèce de dureté, de résistence, qui indique assez leur nature. Elles offrent quelquefois de la mollesse et de la fluctuation sur un point. Dans ces cas, si on les extirpe, on voit que la partie correspondante à ce point fluctuant est en suppuration; c'est ce que j'ai observé sur le malade dont j'ai parlé plus haut. Les tumeurs cystiques sont parfaitement limitées à leur base; les tissus ambiants ne sont le siége d'aucune espèce de gonflement; en dehors de la tumeur, tout est à l'état sain. Elles contractent ordinairement si peu d'adhérence avec les téguments, que dans une foule de cas, il est facile de les faire mouvoir sous les doigts.

A l'aide de ces signes, la tumeur qui nous occupe est facile à reconnaître.

Le meilleur moyen d'en triompher, consiste à en pratiquer l'extirpation. Mais quelque légère que soit cette opération, peu de personnes veulent s'y soumettre dès le début. Il faut alors tenter d'en provoquer la résolution par tous les moyens que la thérapeutique met à la disposition des chirurgiens en pareils cas. Des applications souvent répétées de compresses imbibées de solution d'hydrochlorate d'ammoniaque, des emplâtres de savon étendu sur de la peau, ont procuré des résultats avantageux. M. Carron du Villards dit s'être souvent très bien trouvé de l'emploi de l'hydrochlorate d'or en frictions. L'eau régale, le taffetas gommé anglais, préparé avec la teinture d'iode pure, mélangée avec la solution concentrée de colle de poisson, peuvent être aussi mis en usage avec des chances de succès. Mais, qu'on ne l'oublie point, les pommades fondantes vont souvent au delà du but qu'on veut atteindre; elles enflamment quelquefois la tumeur et développent dans son intérieur un travail de suppuration. Il convient alors d'en suspendre l'emploi; et si déjà il s'est formé une collection purulente, on a alors affaire à un abcès que l'on doit traiter par les moyens que nous indiquerons plus tard.

Toutefois le plus souvent cette série de moyens est insuffisante; il ne reste plus alors de ressource que dans une opération, et cette opération consiste dans l'extirpation de la tumeur.

Toutes les fois qu'on le peut, les tumeurs des paupières doivent être attaquées par la face interne de celles-ci. C'est là un principe de médecine opératoire généralement admis. Mais si la

tumeur est volumineuse, il est souvent impossible de faire basculer la paupière, et en conséquence on ne peut faire usage de ce procédé; on opère alors par la face cutanée. Quoiqu'il en soit, que l'on agisse par la face muqueuse ou par la face cutanée des paupières, l'incision doit toujours être pratiquée parallèlement à l'axe transversal de la paupière. Cela fait, on saisit la tumeur avec une érigne, et on l'énuclée avec le plus grand soin. Lorsqu'on agit par la face cutanée des paupières, on a proposé pour mettre l'œil à l'abri de l'instrument tranchant de passer sous ce voile membraneux une petite plaque de corne. C'est là une précaution que les jeunes opérateurs ne doivent point négliger.

Pour obvier à l'écoulement de sang souvent considérable, qui exsude de la solution de continuité, et qui gêne toujours plus ou moins l'opérateur, on a proposé de faire arriver sur elle un courant d'eau froide. Je n'ai jamais vu M. Velpeau faire usage de ce moyen; et j'avoue que je ne le trouve pas d'une grande importance. Lorsque le sang coule en trop grande abondance, M. Velpeau suspend pour un instant l'opération pour la reprendre ensuite avec plus de facilité.

Lorsque tout se passe bien, et qu'il ne survient aucune complication, quelques jours suffisent pour que la plaie soit convenablement cicatrisée. Mais il arrive quelquefois, et particulièrement lorsqu'on a opéré par la face cutanée des paupières, qu'un érysipèle vient entraver la marche de la guérison. C'est là un accident toujours plus ou moins désavantageux, qui peut amener à sa suite une cicatrisation vicieuse et de là une difformité dont nous aurons bientôt à nous occuper.

Abcès. — Les paupières, comme toutes les autres régions du corps, peuvent être le siége de collections purulentes. Ces collections peuvent être plus ou moins étendues, et constituer par là des tumeurs plus ou moins volumineuses. Les abcès des paupières sont rarement multiples sur le même organe. Les causes qui peuvent les produire sont nombreuses; je ne crois pas devoir m'en occuper ici. Leur symptomatologie ne diffère pas à beaucoup près sur les paupières que sur les autres parties du corps. Il est toujours facile de les reconnaître.

Lorsque l'existence de ces abcès est bien reconnue, il ne faut point attendre leur ouverture spontanée. M. Velpeau insiste pour qu'on en pratique immédiatement l'ouverture. En temporisant, on s'exposerait à voir la peau s'amincir dans une assez grande étendue; de là une cicatrisation plus ou moins longue et le plus souvent vicieuse, et par suite une difformité qu'il importe d'éviter. C'est ici surtout qu'il importe d'attaquer la tumeur par la face interne des paupières. L'importance de ce procédé est facile à sentir, et est généralement admise par tous les praticiens.

Tumeurs érectiles. — Ce genre de tumeurs se présente aux paupières avec les mêmes caractères qu'on lui reconnaît sur les autres parties du corps, et que je me dispenserai de rappeler ici. Je ne m'occuperai de cette affection que sous le point de vue des moyens thérapeutiques qu'elle réclame sur les paupières. Nous avons à examiner ici la compression, la ligature, l'introduction des aiguilles, les sétons, l'ulcération artificielle, le cautère actuel, l'injection d'un caustique dans la tumeur et l'extirpation.

La compression doit être tentée avant tout, toutes les fois que le siége de la tumeur permet d'avoir recours à ce moyen. Il est malheureusement une foule de cas où cette ressource précieuse ne peut pas être mise en usage. Comment en effet exercer une compression suffisante, lorsque la tumeur existe vers le milieu de la paupière? Qu'on se rappelle d'ailleurs ce que nous avons dit sur la distribution et l'origine des vaisseaux qui alimentent les paupières, et on sera facilement convaincu du peu de chances de succès qu'offrirait une compression faite en pareil cas sur le pourtour de l'orbite. Ce n'est guère que lorsque la tumeur existe sur le rebord orbitaire, à l'angle externe ou interne que la compression offre des avantages. Dans un de ces cas, M. Carron du Villards mentionne une guérison radicale obtenue par son père, à l'aide du compresseur, inventé par Petit, pour guérir l'hydropisie du sac lacrymal.

Quoiqu'il en soit, il ne faudrait pas accorder une trop grande confiance à ce moyen. M. Velpeau dit l'avoir vu échouer très souvent.

La ligature est le plus souvent impossible à pratiquer. Il faudrait pour cela pouvoir cerner la tumeur à sa base. Or, ces cas sont très rares sur les paupières où ce genre de tumeur fait ordinairement peu de saillie, et à une large base.

C'est le professeur Wardrop qui, le premier, a tenté de guérir les tumeurs érectiles des paupières, en produisant une ulcération au moyen d'un peu de potasse caustique. Il paraît même qu'il a obtenu ainsi de nombreuses cures radicales. D'autres chirurgiens ont aussi eu recours à ce mode de traitement avec plus ou moins de succès.

M. Velpeau, qui, dès 1830, avait reconnu les bons effets de l'acupuncture dans l'oblitération des vaisseaux, a appliqué plus tard ce mode de traitement aux tumeurs érectiles, en les lardant en tous sens de petites épingles très fines, qui, en développant des phlébites et des artérites locales, donnent suite à l'oblitération des veines et des artères et de là à l'atrophie de la tumeur. M. Velpeau s'est souvent assez bien trouvé de ce procédé.

Plus tard, M. Lallemand a cherché à substituer de petits sétons aux épingles. Mais il faut ajouter que cette substitution n'a pas produit un résultat plus avantageux, et qu'elle n'est pas sans inconvénients. M. Gensoul de Lyon a apporté une modification sur ce point. Ce chirurgien a combiné le séton avec l'étranglement.

Le cautère actuel est une ressource dont on peut faire usage dans certains cas. M. Jules Cloquet en a retiré d'excellents résultats. On doit user de grandes précautions dans l'emploi de ce moyen. Ainsi, il importe que le fer ne soit pas trop chaud, alors on peut le promener moins rapidement sur les tissus; par ce moyen, on détruit une partie de la tumeur, en oblitérant les vaisseaux.

L'extirpation des tumeurs érectiles des paupières est une opération très délicate, à laquelle sont attachés plusieurs inconvénients qui doivent être pris en grande considération. C'est ainsi que si on réfléchit à l'hémorrhagie qui peut en être la suite, à la difficulté d'enlever le mal jusqu'à sa racine; et partant à sa reproduction, et en outre à la difformité qui en résulte, on y pensera, je crois, à deux fois avant d'avoir re-

cours à ce moyen, sauf les cas où la tumeur est volumineuse.

Je ne puis passer outre sans mentionner un moyen thérapeutique, préconisé en 1812, par le père de M. Carron du Villards, je veux parler de l'inoculation de la vaccine sur les tumeurs qui nous occupent. En 1822, M. Carron du Villards a employé lui-même ce procédé, qui a été couronné d'un succès complet. Ce chirurgien, qui l'a employé quelques autres fois depuis avec avantage, pense que c'est un moyen héroïque, lorsqu'on a affaire à un enfant qui n'a pas été vacciné.

Dans ces dernières années, des chirurgiens étrangers ont proposé d'attaquer ces tumeurs en injectant dans elles un acide.

Tumeurs cancéreuses. — Je n'étudierai pas ce genre de tumeurs des paupières sous le point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie; je me bornerai à indiquer la thérapeutique que ces affections réclament.

Les tumeurs se présentent tantôt sous la forme de tubercules, tantôt sous celle de plaques plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses; quelquefois elles existent à l'état de dégénérescence. Ces distinctions sont de la plus haute importance; car chacune d'elles, comme nous allons le voir, réclame des modifications différentes dans le mode de traitement.

Lorsqu'il n'existe qu'un simple tubercule, exactement circonscrit, il faut en pratiquer l'extirpation; tous les autres moyens thérapeutiques doivent être mis de côté. Voici le procédé opératoire que j'ai vu employer bien souvent par M. Velpeau en pareilles circonstances. Si le tubercule est peu étendu, on l'isole par deux incisions

réunies à leurs extrémités ; on l'enlève en même temps que le lambeau triangulaire de la peau, et on réunit immédiatement la peau au moyen de la suture entortillée. J'ai assisté M. Velpeau dans l'enlèvement d'une tumeur cancéreuse de ce genre du volume d'un gros pois, chez une jeune personne de seize ans. Quatre jours après l'opération, la guérison était complètement opérée sans aucune espèce de difformité.

Lorsque l'altération, quoique bien circonscrite d'ailleurs, s'étend plus en longueur qu'en profondeur, et qu'on pense que la réunion des bords de la plaie sera impossible après l'extirpation ; on procède d'une autre façon ; la tumeur est excisée sous la forme d'une *demi-lune* plus ou moins allongée, suivant l'étendue de la tumeur, soit avec un bistouri bien tranchant, soit, comme le conseille M. Richerand, avec des ciseaux courbes. Il est inutile de dire qu'on doit ménager autant que possible les points et les conduits lacrymaux. On laisse alors la plaie se cicatriser par seconde intension ; et il en résulte un bourrelet qui remplace en partie la paupière détruite. Trois cas de ce genre se sont présentés dans le courant de l'année 1837 dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, et je peux dire que la difformité qui semble devoir résulter de cette opération, est beaucoup moins grande qu'on le croirait de prime abord.

Lorsque la tumeur cancéreuse existe sous forme de plaque moins épaisse que large, mal limitée, qu'elle ne s'étend pas jusqu'au bord libre de la paupière, et que les téguments sont seuls altérés, M. Velpeau met de côté l'instrument tranchant, et a recours à la cautérisation avec la pâte de Vienne ou avec la pâte de zinc.

Ce chirurgien s'est convaincu que ce dernier caustique est préférable. Il a obtenu ainsi plusieurs guérisons remarquables.

Si ces plaques cancéreuses sont profondes, si elles comprennent la presque totalité de l'épaisseur des paupières, pourvu qu'elles soient bien limitées, il faut encore avoir recours à l'opération par l'instrument tranchant. C'est ainsi que M. Champion n'a pas craint, pour enlever chez un malade une large plaque cancéreuse, de traverser de part en part la paupière. La guérison eut lieu. Il est vrai que le plus souvent après ces opérations, on est obligé d'avoir recours à la blépharoplastie pour réparer la perte de substance. Toutefois il est des cas, lorsque par exemple la plaque cancéreuse existe vers le grand angle de l'œil, où la régénération des tissus s'opère sans qu'il soit nécessaire que l'art vienne au secours de la nature. M. Carron du Villards cite un fait de ce genre qu'il a observé dans le service de M. Lisfranc.

Si la tumeur existe sous forme de dégénérescence, et qu'elle soit d'ailleurs bien limitée, l'instrument tranchant est encore la médication la plus rationnelle. Cependant il est des cas où le bord libre des paupières affectées de *tylosis*, se transforme souvent en un bourrelet épais qui, en s'ulcérant, ne tarde pas à revêtir l'aspect du cancer. Ici M. Velpeau suit une autre route qui lui a procuré de nombreux succès. Ce chirurgien s'est convaincu que ce bourrelet granuleux et ulcéré, qu'un grand nombre de praticiens regardent comme des *noli me tangere*, et qu'ils aiment mieux attaquer par les médications générales que par les topiques énergiques, se dissipe en général très bien sous l'influence de la

cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Voici le procédé dont je l'ai vu se servir en pareil cas : Après avoir renversé la paupière en dehors et protégé le globe de l'œil par les moyens connus, il touche avec soin et ménagement toute la surface ulcérée et même les bords du bourrelet dégénéré, avec un petit pinceau de charpie modérément imbibée du caustique. Ces attouchements sont renouvelés tous les quatre ou cinq jours; environ un mois après, lorsque rien ne vient entraver l'efficacité du remède, l'ulcère cancéreux se transforme en un ulcère simple, un dégorgement salutaire s'opère dans les parties voisines; la plaie se cicatrise alors bientôt, et la paupière reprend presque toute sa souplesse. M. Velpeau a guéri ainsi un grand nombre de malades que d'autres chirurgiens n'avaient voulu traiter que par l'extirpation. Aussi ce professeur insiste-t-il dans ses leçons, toutes les fois que l'occasion se présente, pour recommander l'emploi de ce moyen à tous les praticiens.

Au demeurant, toutes les fois que le cancer des paupières est bien limité et qu'il n'est pas trop étendu, l'extirpation est le moyen le plus sûr et le plus rationnel pour en triompher. Si, au contraire, il est mal limité, et qu'il ne comprenne que les téguments, il vaut mieux avoir recours aux caustiques; et, dans ces cas, c'est la pâte de zinc que M. Velpeau emploie de préférence.

Lorsque l'altération a des ramifications dans l'œil, on a proposé de sacrifier cet organe. Certes on doit y réfléchir à deux fois avant d'en venir là; ce précepte est néanmoins rationnel; car s'il est prouvé que ces ramifications existent, il

faudra, tôt ou tard, faire ce sacrifice; et peut-être alors on aura moins de chance de succès.

Je ne dis rien des médications générales qui ont été conseillées contre ces affections, cela me conduirait trop loin, on les trouvera d'ailleurs dans les traités spéciaux.

Chute et paralysie des paupières.

Il importe de bien distinguer ces deux états des paupières, car, comme nous allons le voir, ils diffèrent et sous le point de vue de la symptomatologie, et sous celui du traitement.

La chute des paupières, que les auteurs appellent *ptôsis*, consiste dans un allongement et un relâchement des tissus, produits soit par la paresse du muscle, soit par un tiraillement trop prolongé de ce voile membraneux. Le plus souvent c'est la paupière supérieure qui en est le siége; néanmoins, il arrive quelquefois que la paupière inférieure participe à l'affection; les deux paupières tombent alors en avant et en bas. C'est là l'affection désignée par les auteurs sous le nom d'*atonia-blépharon*. En général, la maladie est alors due à une atonie du muscle orbiculaire des paupières. Dans tous les cas voici les signes qui caractérisent la chute des paupières, qui n'est pas due à la paralysie : ce voile membraneux est plus ou moins allongé, plus ou moins œdématié; lorsque les malades font des efforts pour le soulever, on s'en aperçoit facilement, et pour peu qu'on vienne au secours de l'action musculaire, on voit la paupière se lever et rester dans cette position pendant quelques secondes. Cette dernière considération suffit pour différencier cette affection de la paralysie propre-

ment dite; elle a même servi de base à un mode de traitement préconisé par M. Chaponnier dans le *Journal général de médecine* (t. 63, p. 356). A l'aide d'un instrument ingénieux, ce médecin maintient la paupière relevée et oppose par là une résistance à son abaissement. Ce doit être là sans contredit un traitement long; toutefois il convient de dire qu'il a procuré des succès à M. Chaponnier. C'est d'ailleurs un moyen si inoffensif que rien ne s'oppose à ce qu'on en fasse l'essai.

On a proposé contre le ptôsis les frictions avec un liniment composé d'huile d'olive (une once) et de croton tiglium (un demi-gros). On obtient par ce moyen une irritation qui ramène dans la paupière une vitalité suffisante. On trouve, dans les annales de la science, plusieurs cas de guérison dus à l'usage de cette médication. M. Carron du Villards en mentionne un exemple remarquable dans son excellent ouvrage. A l'aide de quelques frictions de ce liniment, ce chirurgien triompha en très peu de temps d'une chute de la paupière supérieure, qui avait résisté à une foule de médications.

Mais, hâtons-nous de le dire, ces moyens sont souvent impuissants; dans le plus grand nombre de cas, la chute des paupières réclame des médications plus actives. C'est ainsi qu'on a proposé de cautériser les téguments avec l'acide sulfurique, la potasse caustique ou le fer rouge. Ce sont là sans contredit des moyens rationnels dont on a pu tirer quelquefois d'excellents résultats; mais il faut convenir que ce sont des armes qu'il est difficile de manier convenablement eu égard au siége du mal. En effet, comment pouvoir préciser l'action de ces caustiques en

pareil cas ? Aussi les chirurgiens modernes ont-ils substitué à cette médication l'excision des téguments. Par là on peut calculer d'avance les résultats qu'on désire obtenir, et on est à l'abri des craintes qu'inspirent naturellement les moyens précédents. Déjà décrite avec soin par Celse, cette excision peut se pratiquer de différentes manières. Les uns, à l'exemple d'Acrel, veulent qu'on donne au lambeau la forme d'un losange. Les autres, avec Celse et Galien, proposent de tracer avec de l'encre les limites du lambeau à enlever; d'autres, suivant en cela le précepte d'Aëtius, veulent que l'une des incisions (la supérieure) soit en demi-lune, et que l'autre (l'inférieure) soit droite. Le procédé le plus simple et le plus généralement adopté de nos jours est le suivant : un pli de peau d'une longueur et d'une épaisseur proportionnelles à l'allongement anormal de la paupière, est saisi avec une pince et excisé avec des ciseaux courbes. On doit calculer d'avance, autant que possible, les résultats de cette perte de substance. Car, s'il est vrai de dire qu'il vaut mieux en enlever un peu plus qu'un peu moins, il faut prendre garde aussi de ne pas aller trop loin, car on courrait risque de substituer à la chute de la paupière une difformité qui réclamerait une nouvelle opération. Cette excision donne lieu à une légère hémorrhagie. Il faut attendre néanmoins quelle soit arrêtée pour procéder au pansement. Ici d'ailleurs les avis sont partagés; les uns veulent, à l'exemple de Scarpa, qu'on se borne à un pansement simple et qu'on favorise une réunion par seconde intention ; les autres, au contraire, conseillent de tenter la réunion immédiate par les moyens appropriés. Cette

dernière pratique est la plus généralement adoptée ; toutefois elle a subi dans ces derniers temps des modifications importantes. Ainsi l'expérience a démontré que la suture avec des fils altère promptement la peau, et que par conséquent elle offre des inconvénients qu'il est facile de prévoir. Pour y obvier, on a substitué aux fils de petites aiguilles à suture. Dans le courant de l'été de 1837, j'ai vu pratiquer à M. Velpeau une opération de ce genre sur une jeune demoiselle de 16 ans. La guérison fut complète au bout de cinq jours.

La paralysie proprement dite de la paupière, désignée par les auteurs sous les noms de *blépharoptósis*, de *blépharoplégie*, diffère sous plusieurs rapports de la chute de cet organe. Le plus souvent elle coïncide avec le strabisme ; c'est là le symptôme pathognomonique de cette affection ; il suffit à lui seul pour la distinguer de celle que nous venons d'étudier. Ici, d'ailleurs, la paupière n'est point œdémateuse, la sensibilité y est moindre que dans l'état normal, le malade y éprouve une sensation de froid. Ce voile membraneux est immobile ; et si après l'avoir soulevé avec les doigts, on l'abandonne à lui-même, il retombe lentement.

Les causes de cette affection sont nombreuses. On l'a vue survenir à la suite d'un grand nombre de fièvres malignes ; elle a été souvent considérée comme le résultat d'une affection rhumatismale ou goutteuse brusquement supprimée ; on l'a vue succéder à la disparition des règles ou des hémorrhoïdes. Elle peut être aussi la suite d'un refroidissement subit. On conçoit en outre qu'elle puisse se développer à la suite d'une affection cérébrale, ou même coïncider avec elle ; mais

hâtons-nous de le dire, c'est le plus souvent après des lésions traumatiques qu'on l'observe.

Il est de la plus haute importance dans la pratique de bien connaître la cause de cette affection; car il est évident qu'on ne pourra triompher de la maladie qu'en faisant cesser avant tout les causes qui la produisent.

Comme toutes les autres affections du système nerveux, la paralysie des paupières a été l'objet d'une foule de recherches thérapeutiques. Les liniments excitants de toute espèce, les douches d'eaux thermales, la galvano-puncture, les cautères avec la potasse caustique, tous les moyens rationnels enfin ont été mis en usage avec plus ou moins de succès. Toutefois il convient de dire que l'expérience semble s'être le plus souvent prononcée en faveur du liniment composé d'huile d'olive et de croton-tiglium, et de celui vanté par Conradi, composé d'huile de fenouil et d'ammoniac. M. Carron du Villards dit avoir employé avec un succès presque constant la strychnine par la méthode endermique, et cite à l'appui un fait remarquable.

Il est inutile d'ajouter qu'on doit ordonner, conjointement à ces moyens locaux, une médication générale appropriée.

Si tout cela reste impuissant, et que tout porte à penser que le muscle releveur de la paupière est complétement paralysé, on a proposé de substituer, par une opération, à la place de l'action de ce muscle, celle du muscle occipito-frontal qui lui est analogue. Pour atteindre ce but, on a conseillé le procédé suivant que quelques chirurgiens attribuent à M. Hunt, et que M. Velpeau rapporte à M. Brach : après avoir circonscrit et excisé un lambeau demi-elliptique qui

remonte en haut jusqu'au-dessous de la ligne arquée du sourcil, et qui s'étend en bas plus ou moins selon le degré de relâchement, on réunit par la suture le bord palpébral avec le bord sourcilier de la plaie; dès lors la paupière est sous l'influence directe et immédiate de la peau du front dont elle doit suivre les mouvements. C'est là sans contredit un procédé ingénieux; mais M. Velpeau ne pense pas qu'on doive avoir une grande confiance à cette ressource.

Clignotement des paupières.

Cette affection désignée par les auteurs sous les noms de *nystagmus*, de *hippus*, est tantôt congéniale, tantôt accidentelle. Lorsque les sujets l'apportent en naissant, l'art est alors impuissant contre elle; en conséquence nous ne nous en occuperons pas.

Le clignotement accidentel des paupières coïncide le plus souvent avec une irritation encéphalique, spinale ou abdominale. C'est là un fait d'observation signalé par tous les auteurs. Les sujets nerveux, les femmes hystériques, les enfants en proie aux affections vermineuses, en sont aussi souvent atteints.

Cette affection consiste en des mouvements brusques, rapides des paupières. Ces mouvements s'opèrent sans douleur; mais ils gênent, fatiguent les malades, donnent à l'expression de leur physionomie un aspect tout particulier, et occasionent des troubles incessants dans les fonctions visuelles. Néanmoins le clignotement des paupières n'est pas une affection dangereuse par elle-même; cependant, abandonnée à elle-même, elle finit par offrir une ténacité remar-

quable. Aussi doit-on tâcher d'en triompher au début par tous les moyens possibles. D'ailleurs l'observation a démontré que, dans un grand nombre de cas, cette maladie constitue un des prodromes d'une affection plus ou moins grave de l'encéphale et de ses annexes. C'est même cette dernière considération qui sert de base au traitement.

Les médications qu'on a proposées contre cette affection sont très nombreuses. Ainsi on a vanté les applications locales d'extrait de belladone, de ciguë ou de jusquiame; on a fait usage des saignées générales et locales, des affusions d'eau froide sur la face, et des purgatifs aloétiques. Tous les moyens enfin propres à calmer la susceptibilité du système nerveux ont été mis à contribution. Les pilules de Meglin, les infusions de valériane, l'oxide de bismuth et les lavements d'assa-fetida ont été aussi recommandés. L'eau distillée de laurier-cerise, en fomentations ou à l'intérieur sont aussi avantageuses. M. Carron du Villards en a obtenu un succès remarquable chez un homme de lettres qui avait déjà été soumis à plusieurs autres médications. Ce chirurgien la prescrivit à l'intérieur à la dose d'une demi-once soir et matin dans une tasse de lait chaud. Trois ou quatre fois par jour, il baignait avec cette eau l'œil du malade, et pendant la nuit il faisait placer sur les paupières des compresses imbibées du même liquide. Après un mois, la guérison fut complète.

Toutefois les médications diverses dont je viens de parler restent quelquefois inefficaces. Quelques chirurgiens ont alors conseillé de détruire une portion du nerf frontal ou de la branche orbitaire du maxillaire inférieur, suivant

que le mal avait son siége dans la paupière supérieure ou dans la paupière inférieure ; mais c'est là une opération délicate, dangereuse même, et dont l'efficacité n'est rien moins que démontrée.

Vices de conformation des paupières.

Les vices de conformation des paupières sont ou congéniaux ou accidentels. Nous étudierons sous ce titre, le coloboma, l'anchylo-blépharon, le phymosis, le symblépharon et la lagophthalmie.

Coloboma des paupières. — Cette affection en tout semblable aux becs-de-lièvre, probablement produite par la même cause, est de nature congéniale. Lorsque la difformité est peu prononcée, l'œil et ses fonctions n'en souffrent en aucune manière, et il convient alors d'attendre que les enfants soient un peu avancés en âge pour recourir à l'opération. Le procédé opératoire est ici en tout le même que pour l'opération du bec-de-lièvre: les bords de la solution de continuité sont d'abord avivés avec de bons ciseaux, on les rapproche ensuite et on les maintient ainsi au moyen de petites aiguilles et de la suture entortillée. Il est inutile de dire que cette opération réclame plus de précaution et de délicatesse que celle du bec-de-lièvre proprement dit.

Anchylo-blepharon. — Les auteurs ont ainsi désigné l'union des paupières entre elles. Cette affection est rarement congéniale ; dans ces cas même la difformité existe presque toujours à l'état incomplet. Mais c'est surtout à la suite de lésions traumatiques graves de l'œil et surtout des paupières qu'on l'observe. Sans nous arrêter à discuter les causes qui peuvent produire cette affection, arrivons immédiatement aux ressources que l'art peut lui opposer. On ne peut évi-

demment triompher de cette difformité que par une opération; mais cette opération est délicate, et il importe avant de s'y décider de prendre toutes les précautions convenables.

Comme il arrive assez souvent que l'anchylo-blépharon a été produit par une affection grave de l'œil, il importe avant tout de savoir si les fonctions visuelles ne sont point abolies, car dans ce cas l'opération ne produirait aucun résultat avantageux. Malheureusement on ne peut être rassuré sur ce point que lorsque l'anchylo-blépharon est incomplet. Néanmoins on peut encore acquérir un certain degré de certitude sur ce point en tâchant de s'assurer, par divers procédés, si les paupières ont contracté des adhérences avec le globe oculaire; car ce serait là une circonstance capable d'inspirer des craintes et même de faire renoncer à une opération, surtout si ces adhérences étaient nombreuses et étendues.

Quoi qu'il en soit, voici le procédé opératoire à employer dans les différents cas. Si l'adhérence est complète, on incise avec beaucoup de précaution la paupière sur le point médian de leur réunion, on glisse ensuite un petit stylet cannelé très fin entre la paupière et l'œil et on termine avec un bistouri étroit la division à droite et à gauche.

S'il existe une petite ouverture, on y introduit un stylet courbé, et on opère de la même manière que dans le cas précédent. Lorsqu'il n'existe aucune adhérence, on peut faire usage tout simplement de ciseaux très fins à pointe mousse.

Dans tous les cas, on s'oppose après l'opération au rapprochement des bords palpébraux,

jusqu'à ce que la cicatrice soit convenablement établie. On a proposé pour obvier à la formation de nouvelles adhérences, de placer entre les bords de la solution de continuité une petite bande de baudruche. M. Carron du Villards, cautérise, avec un crayon de nitrate d'argent, le bord libre de la paupière inférieure; l'escarre qui est produite s'oppose à la réunion de la solution de continuité.

Symblépharon. — Telle est la dénomination adoptée par les auteurs, pour désigner l'adhérence des paupières au globe oculaire. Cette affection est très rarement congéniale; on n'en trouve que quelques exemples dans les auteurs allemands. Dans la très grande majorité des cas elle est accidentelle; aussi, ne l'examinerons-nous que sous ce dernier point de vue.

Le symblépharon offre un grand nombre de variétés. Tantôt l'adhérence a lieu avec une seule paupière, tantôt avec toutes les deux, tantôt l'union de la paupière avec le globe oculaire est très étendue; tantôt elle est limitée sur quelques points. Cette union existe tantôt entre la paupière et la conjonctive oculaire, tantôt entre la paupière et la cornée. Quelquefois le globe oculaire n'est affecté que par ces adhérences; mais le plus souvent, l'œil est plus ou moins gravement malade; on peut même dire que le symblépharon résulte toujours d'un état maladif de l'œil. Il arrive souvent que le symblépharon est compliqué d'anchylo-blépharon. Les cas les plus graves sont ceux où les adhérences existent sur la cornée. Tantôt l'union des paupières avec le globe est médiate, tantôt elle est immédiate; dans le premier cas, les adhérences ont lieu par l'intermédiaire de brides ou

de tissus anormaux; dans le second, il n'existe aucun tissu interposé entre les paupières et le globe oculaire.

Chacun de ces états doit être bien connu et bien apprécié par les praticiens; car c'est sur ces différences qu'est basée toute la thérapeutique.

Le symblépharon reconnaît à peu près les mêmes causes que l'anchylo-blépharon. Toutefois, il est plus spécialement occasioné par toutes les causes traumatiques qui déterminent une inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale, sa suppuration et son ulcération.

Le pronostic de cette affection varie suivant les cas dont nous avons parlé plus haut.

Lorsque le symblépharon est compliqué d'anchylo-blépharon, il est impossible de reconnaître et de déterminer *à priori* l'étendue et la nature des adhérences. Il faut bien s'assurer avant tout si la cornée est à l'état sain; car, si cette membrane se trouve affectée, toute tentative opératoire est alors inefficace; les fonctions visuelles sont abolies définitivement. Nous dirons bientôt que, dans ces cas, on peut encore opérer, mais alors on ne se propose plus de rendre à l'œil ses fonctions, mais bien de réparer par des moyens artificiels une difformité toujours plus ou moins désagréable.

Lorsque les adhérences sont très étendues, l'opération est encore très délicate, car il est impossible alors de s'assurer de la nature de la lésion.

Quoi qu'il en soit, détruire les adhérences et s'opposer à leur reproduction, telle est toute la thérapeutique du symblépharon. Néanmoins, l'opération varie suivant les cas. Si l'union n'a lieu que par de simples brides, on se borne à les

détruire avec l'instrument tranchant. Lorsque ces brides ont une certaine longueur, on doit faire en sorte, toutes les fois que cela est possible, de les enlever en totalité. L'instrument de M. Colombat, de l'Isère, pour détruire le frein de la langue est ici fort avantageux. Si la bride est peu considérable, on opère de la manière suivante : on écarte autant que possible la paupière du globe oculaire; les adhérences sont ensuite convenablement détruites à l'aide d'un petit bistouri mousse et convexe. Quel que soit d'ailleurs le procédé opératoire mis en usage, il importe de s'occuper immédiatement des moyens capables d'empêcher la récidive. Pour cela on a proposé des remèdes dessicants, l'introduction de linges très fins, enduits de cérat entre le globe oculaire et les paupières; on a même ordonné de faire mouvoir continuellement ces voiles membraneux. Mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on verra que ce sont là des moyens très peu efficaces, qui n'empêcheraient pas des récidives très fréquentes. Aussi a-t-on eu recours à d'autres procédés. On a proposé d'interposer entre l'œil et les paupières une coque de cuir très fin, ou une cuvette métallique. Demours se servait d'un œil artificiel trempé dans de l'huile d'amandes douces. M. Carron du Villards préfère une coque d'ivoire préalablement ramollie. Ce sont là sans contredit des obstacles puissants à la reproduction des adhérences; mais aussi ces divers moyens sont toujours plus ou moins gênants; quelquefois même ils doivent produire des irritations plus ou moins vives. C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Carron du Villards se borne à cautériser la surface saignante assez souvent pour entretenir continuellement une

petite escarre qui s'oppose à la réunion immédiate. Ce procédé est très ingénieux, et a procuré plusieurs succès à ce chirurgien. C'est aussi celui que Velpeau emploie de préférence. Toutefois, il faut le dire, quelque précaution que l'on prenne, la maladie récidive souvent, et dans le plus grand nombre de cas une seule opération n'est pas suffisante.

C'est pour éviter tous ces obstacles que M. le professeur D'Ammon a imaginé le procédé suivant. La portion adhérente de la paupière est circonscrite par deux incisions réunies en forme de V, dont la base correspond au bord libre de la paupière, chaque incision comprend toute l'épaisseur des tisus palpébraux. On a ainsi trois lambeaux; le médian reste fixé sur l'œil, et au moyen de la suture entortillée on réunit les deux autres par dessus. Lorsque la cicatrice est convenablement établie, on s'occupe alors du troisième lambeau que l'on dissèque avec soin. Cette opération a plusieurs fois réussi; M. D'Ammon en a retiré de fort beaux succès. Lorsque la portion adhérente des paupières est considérable, il est difficile de rapprocher les deux lambeaux latéraux; pour surmonter cette difficulté, on peut inciser l'angle interne et la commissure interne des paupières.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte aux cas où la vision n'est pas entièrement abolie, car alors tous les moyens doivent être tentés pour rendre aux sujets une fonction d'une si haute importance. Lorsque, au contraire, les fonctions visuelles sont détruites, la plupart des auteurs sont d'avis de ne pas toucher à la lésion. Il en est quelques-uns pourtant, parmi lesquels nous citerons M. Carron du Villards, qui con-

seillent d'opérer dans le but de réparer autant que possible la difformité. C'est là en vérité un motif puissant. Mais quelque légère que soit une opération, pour celles surtout qu'on est convenu d'appeler *opérations de complaisance*, on devrait toujours avoir présent à l'esprit ces terribles paroles : *une simple piqûre est quelquefois une porte ouverte à la mort.*

Lagophthalmie. — On appelle ainsi l'étroitesse des paupières. Cette affection est rarement congéniale; elle dépend presque toujours d'un état spasmodique du muscle élévateur de la paupière supérieure ou de cicatrices vicieuses. Dans cette maladie, l'œil n'étant plus convenablement abrité par ses voiles membraneux, se trouve exposé à l'action de tous les agents extérieurs. Aussi les chirurgiens doivent-ils employer toutes les ressources de l'art pour triompher de cette affection. L'état spasmodique du muscle doit être attaqué par les moyens employés en pareil cas. Lorsque la lagophthalmie dépend de cicatrices vicieuses, on a proposé d'opérer des tractions assez fortes et souvent répétées. M. le professeur Dzondi dit avoir réussi plusieurs fois par ce procédé. Mais dans ces cas le remède efficace consiste à détruire ces cicatrices; et si elles sont trop étendues il ne reste plus de ressource que dans la blépharoplastie.

Renversement des cils.

La direction anormale des cils en dedans offre trois variétés principales qui ont reçu des noms différents. Lorsque l'invasion des cils vers le globe est complète, l'affection prend le nom de *trichiasis;* on l'appelle *distichiasis* lorsqu'il existe

une double rangée de cils; elle a reçu le nom de *tristichiasis*, s'il y en a un triple rang. Je dois ajouter que les deux dernières variétés doivent être plutôt basées sur une direction anormale et variée des cils, que sur l'existence de deux ou plusieurs rangées de ces poils. C'est ce qu'ont démontré les observations anatomiques d'Albinus et de Winslow. Ces deux célèbres anatomistes se sont en effet convaincus que la disposition des cils n'offre aucune régularité.

Quoi qu'il en soit, nous conserverons les dénominations précédentes avec l'acception qu'on est convenu de leur donner. Quant à la direction vicieuse des cils produite par un renversement complet de la paupière, nous nous en occuperons en traitant de l'entropion.

Le renversement des cils est très rarement une affection congéniale; on conçoit néanmoins qu'il pourrait en être ainsi. Paul d'Egine pense que la maladie peut être produite par des bulbes surnuméraires développés sur le bord libre interne des paupières. Mais le plus souvent c'est là une affection secondaire produite tantôt par une maladie du bord libre des paupières, tantôt par une cicatrice de la conjonctive palpébrale.

Les symptômes qui caractérisent la déviation des cils en dedans sont faciles à reconnaître : les malades éprouvent une sensation en tout semblable à celle qu'occasione un corps étranger. Cette sensation augmente à mesure qu'on imprime des mouvements à la paupière. Les larmes coulent en abondance; pour peu que la maladie persiste, l'œil devient rouge, la conjonctive s'enflamme, et si on n'y apporte remède, la maladie peut se transmettre à la cornée, l'ulcérer, la perforer rapidement, et donner lieu à la perte

de l'œil. On comprend donc combien il importe d'attaquer cette affection le plus tôt possible. Aussi a-t-on préconisé une foule de moyens pour en triompher.

L'une des plus anciennes manières de traiter la déviation des cils en dedans est l'arrachement de ces poils. C'est Popius qui, d'après Galien, en aurait eu la première idée. Pour pratiquer convenablement cette opération, il importe de saisir chaque cil le plus près possible de sa racine, et de l'arracher brusquement, en suivant la direction de son axe. Les pinces de Beer sont très utiles lorsque le poil est très court. En répétant cette opération un certain nombre de fois, on a obtenu des succès complets. On connaît l'histoire de ce général anglais qui venait plusieurs fois par an prier Guthrie de faire l'extraction d'un cil dévié. Toutefois quelque naturel que paraisse ce mode de traitement, il n'en est pas moins vrai que dans le plus grand nombre des cas ce n'est qu'un moyen palliatif. En repoussant, les cils reprennent presque constamment leur direction vicieuse. Pour obvier à cet inconvénient on a proposé de cautériser la racine des poils que l'on vient d'arracher. A ce sujet l'acide sulfurique, le beurre d'antimoine, le nitrate d'argent ont été tour à tour préconisés. Lorsque deux ou trois cils seulement sont déviés, l'arrachement simple avec un épilatoire suffit très souvent. On y revient dès que les cils reparaissent; et avec un peu de persistance, on finit ou par en épuiser la racine, ou par en changer la direction. C'est ainsi que M. Velpeau a guéri plusieurs trichiasis. On a aussi essayé, d'après le conseil de Rhazès, le cautère actuel. La forme des cautères employés jadis ne permettait pas de

porter le calorique assez profondément. C'est pour vaincre cette difficulté que M. Champesme a imaginé un instrument très ingénieux, à peu près semblable au cautère appelé *tête de moineau*. C'est un cautère composé d'une aiguille fixée sur une petite boule d'acier supportée elle-même par une tige recourbée du même métal. Chauffée à blanc, sa pointe quoique très mince, se maintient assez chaude pour former promptement des escarres partout où on l'applique. M. Champesme dit avoir obtenu par ce procédé plusieurs guérisons remarquables. Disons toutefois qu'il se trouve décrit avec détail dans les œuvres chirurgicales d'Ambroise Paré.

Le cautère actuel offre d'ailleurs de très grandes difficultés dans son application : on conçoit en effet qu'il doit être extrêmement difficile de porter le fer chaud exactement dans le bulbe. C'est pour obvier à cela que M. Carron du Villards a imaginé le procédé suivant : ce chirurgien enfonce une épingle à insectes à une ligne et demie de profondeur dans chaque bulbe, en suivant la direction du cil ; il réunit ensuite toutes ces épingles au moyen d'un fil d'argent bien recuit, et les saisit avec un fer à papillottes rougi à blanc. C'est ainsi que M. Carron du Villards affirme avoir guéri plusieurs trichiasis qui avaient résisté à plusieurs autres méthodes de traitement. C'est d'ailleurs un procédé très ingénieux ; mais il doit être d'une application assez difficile.

On a proposé aussi d'exciser les bulbes des cils déviés pour s'opposer sûrement à la reproduction de la maladie. Vacca Berlinghieri dit avoir obtenu de nombreux succès par cette méthode. M. Flarer propose de reséquer la zone

pilifère, et dit s'être plusieurs fois très bien trouvé d'avoir fait usage de ce moyen.

On a proposé encore de renverser les cils en dehors. Il paraît que c'est à Héraclide qu'appartient l'invention de ce procédé. Cet auteur les maintenait fixés sur la face cutanée de la paupière au moyen d'emplâtres agglutinatifs. M. Velpeau a employé ce procédé avec succès dans un cas où l'excision des téguments était restée inefficace. C'est un moyen moins dangereux sans doute et d'une application plus facile que les précédents; mais on conçoit aussi qu'il doit être bien souvent inefficace.

L'excision d'une portion des téguments de la paupière a procuré aussi quelques résultats avantageux, et c'est un moyen à ne pas négliger dans la pratique.

Disons, en terminant, que les malades ne veulent pas le plus souvent se soumettre aux diverses opérations dont nous venons de parler, quelque simples et innocentes que soient la plupart d'entre elles, et que dans la majorité des cas on est obligé de se borner à faire l'extraction des cils déviés, toutes les fois que ces poils gênent et irritent l'œil. Ajoutons en outre que cette affection réclame toute l'attention des praticiens, et que c'est pour l'avoir méconnue dans le principe qu'on a vu quelquefois des ophthalmies persister pendant un temps plus ou moins long, et même entraîner les conséquences les plus graves.

Entropion.

Les auteurs appellent ainsi le renversement des paupières en dedans. Ce renversement peut être partiel ou général; il existe tantôt sur une

paupière, tantôt sur toutes les deux. On cite même des cas où les deux paupières de chaque œil sont prises ensemble. Les observations démontrent que le renversement partiel a principalement son siége au centre de la paupière, à l'angle externe, et beaucoup plus rarement au grand angle de l'œil. Dans l'entropion, le renversement des paupières peut être porté si loin que les téguments se roulant sur eux-mêmes comme des rouleaux de papier, finissent par faire disparaître entièrement toute la paupière.

Cette affection reconnaît à peu près les mêmes causes que le trichiasis; mais ces causes agissent sur les paupières avec plus d'intensité; ainsi, ce sont plus particulièrement des blessures, des brûlures avec perte de substances, l'enlèvement de tumeurs volumineuses dans les paupières, une conjonctivite aiguë ou chronique.

Quant aux conséquences de cette maladie, il est facile de voir qu'elles doivent être beaucoup plus graves que celles du trichiasis. En effet, si on n'arrête pas la maladie dans son principe, l'œil est bientôt sacrifié. Nous avons vu que dans le renversement pur et simple des cils, lorsque les fonctions visuelles sont abolies, la sensibilité de l'œil s'éteint peu à peu, et cet organe finit quelquefois par s'accoutumer au frottement des poils. Il n'en est pas de même dans l'entropion : ici en effet l'œil devient le siége d'une suppuration longue, jusqu'à ce qu'il ait été détruit en totalité; quelquefois même il se transforme en dégénérescence de mauvaise nature.

Il est peu d'affections qui comptent autant de modes de traitement que l'entropion. Je ne les passerai pas tous en revue; d'ailleurs il en est déjà plusieurs dont l'expérience a fait justice. Je

ne m'occuperai que des principaux, de ceux qui sont encore mis en usage dans la pratique.

A. *Excision de la peau.* — Cette opération, fortement recommandée par Bordenave, Louis, Scarpa et presque tous les chirurgiens modernes, doit être essayée avant toutes les autres; elle est si simple, et si souvent suivie de succès, que c'est toujours par elle que débute M. Velpeau. Voici comment on procède : l'opérateur, placé en face du malade, saisit avec une pince ordinaire ou mieux avec la pince de Beer, un repli des téguments assez large pour obliger les cils à se porter en haut et en avant, pour rendre enfin à la paupière sa conformation naturelle. Ce premier temps de l'opération exige de grandes précautions; car si ce repli est trop étroit, on n'obtient qu'une guérison incomplète, et s'il est trop étendu, on s'expose à produire un ectropion. On excise ensuite d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat ce pli de la peau; on laisse un libre cours au sang. Après l'opération, Scarpa veut qu'on repousse et qu'on maintienne vers l'orbite, au moyen de compresses graduées ou de bandelettes emplastiques, la peau de la face pour la paupière inférieure, celle des sourcils et du front pour la paupière supérieure. Mais cette compression est avantageusement remplacée par la suture entortillée. C'est à l'aide de ce procédé simple et facile que M. Velpeau a triomphé bien souvent de la maladie qui nous occupe.

D'autres chirurgiens ont préféré pincer le lambeau des téguments entre deux attelles, et en déterminer la mortification, que d'avoir recours à l'instrument tranchant. Ce procédé a reçu même diverses modifications dont je ne

m'occuperai point ; car il est bien reconnu aujourd'hui par tous les chirurgiens que l'excision est de beaucoup préférable, et que la mortification du repli cutané par la compression, doit être rejetée de la pratique.

On ne s'est pas borné à l'excision d'un repli cutané des paupières; des chirurgiens n'ont pas craint de proposer l'excision d'une portion plus ou moins grande du bord palpébral. C'est ainsi que le docteur Schreger, chirurgien de Vienne, a enlevé avec des ciseaux courbes un lambeau triangulaire du bord de la paupière, en y comprenant les cils déviés. D'après M. S. Cooper, ce chirurgien va même jusqu'à conseiller d'exciser toute la partie renversée du tarse. Sans juger définitivement une pareille opération, déjà vantée d'ailleurs par Heister et Dehaye-Gendron, on peut dire qu'avant d'y avoir recours, les chirurgiens doivent avoir fait l'essai de procédés plus simples et moins graves.

Procédé de Crampton. — Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée et fixée sur la poitrine d'un aide ; l'opérateur saisit alors avec le pouce et l'indicateur le bord libre de la paupière, et le divise perpendiculairement à droite et à gauche de la portion palpébrale renversée. Ces deux incisions verticales sont ensuite réunies par une incision transversale de la conjonctive; la portion de cartilage ainsi taillée est alors ramenée à sa position naturelle et y est maintenue au moyen des bandelettes agglutinatives ou d'un suspensoir de la paupière. M. Crampton dit avoir obtenu par ce procédé plusieurs succès complets. D'autres chirurgiens en ont aussi retiré de beaux résultats. Toutefois, comme le dit M. Velpeau, ce n'est là qu'une ressource d'ex-

ception à tenter seulement en désespoir de cause. M. Travers pense que dans certains cas, il vaudrait mieux exciser le petit lambeau du tarse. On trouve d'ailleurs l'idée première du procédé de M. Crampton dans les ouvrages anciens. Ainsi Rhazès dit que de son temps des médecins, après avoir incisé le cartilage tarse, le traversaient avec un fil pour le renverser en dehors; Richter conseille, dans l'entropion rebelle, de faire au tarse une incision transversale.

Procédé de Saunders. — Peu confiant dans les procédés appliqués au traitement de l'entropion, Saunders pensa qu'il était plus sûr de détruire la cause et la source du mal en retranchant tout le rebord tarso-palpébral. Pour cela, on introduit entre le globe oculaire et son voile membraneux une plaque de corne lisse ou d'argent courbée comme la paupière; les parties sont alors convenablement tendues, et l'opérateur armé d'un petit bistouri droit, bien tranchant, divise avec précaution le bord de la paupière dans toute son épaisseur. Cette incision est faite de l'angle interne à une demi-ligne environ au devant du point lacrymal, vers l'angle externe. Saunders n'achevait pas l'opération avec le bistouri; c'était avec des ciseaux courbes qu'il retranchait les deux extrémités du lambeau.

C'est là, comme on le comprend facilement, une opération fort douloureuse, et qui entraîne bien souvent après elle des difformités très désagréables. Plusieurs malades opérés par Saunders lui-même en ont offert des exemples remarquables. Mieux vaudrait sans doute, dit M. Velpeau, exciser la portion cutanée du bord libre de la paupière en respectant sa partie ocu-

laire, tout en enlevant les cils déviés et leurs racines.

Procédé de Vacca. — Cette opération consiste à mettre la racine des cils à découvert et à la détruire soit avec l'instrument tranchant soit avec l'acide nitrique. Voici le mode opératoire adopté par ce chirurgien : une plaque concave, mince, portant une rainure transversale sur sa face convexe, est d'abord placée au devant de l'œil. Le bord de la paupière est tenu fixé dans cette rainure. L'opérateur circonscrit d'abord la portion renversée de la paupière par deux incisions verticales longues d'une ligne chacune, et réunies par une incision transversale. Ces incisions ne comprennent que la peau. Cela fait, on dissèque ce lambeau, et on le renverse de haut en bas ou de bas en haut, suivant que c'est la paupière supérieure ou la paupière inférieure qui se trouve affectée. Le cartilage est ainsi mis à nu; on découvre alors les bulbes des cils malades, et on les excise avec des ciseaux, ou on les détruit par le caustique. Le lambeau est ensuite remis à sa place, et y est fixé par des bandelettes agglutinatives.

Ce procédé opératoire trouverait plutôt son application dans le traitement du trichiasis que dans celui de l'entropion proprement dit. Toutefois, comme cette dernière affection est toujours compliquée du renversement des cils, j'ai cru devoir le mentionner ici. Dailleurs, comme l'avait fort bien pensé Delpech, cette opération peut aussi exercer une grande influence sur le renversement de la paupière elle-même.

Procédé de Guérin. — Attribuant la maladie à une contraction spasmodique du muscle orbiculaire des paupières, Guérin proposa de fendre

perpendiculairement dans l'étendue de plusieurs lignes le bord libre de la paupière. Il paraît que Physick, Beclard et M. Bouchet de Lyon ont eu recours au même procédé. Il résulte de cette opération un coloboma artificiel qui soulage, il est vrai, momentanément; mais le plus souvent l'affection se reproduit; c'est du moins là le résultat définitif qu'ont obtenu tous ceux qui ont fait usage du procédé de Guérin. Aussi M. Velpeau pense que cette méthode opératoire doit être rejetée de la pratique.

Il est un autre mode de traitement de l'entropion qui est beaucoup plus rationnel que le précédent, et dont on a retiré de beaux résultats; c'est celui de M. Janson de Lyon. Ce chirurgien, au lieu d'exciser un pli transversal de la paupière, opère dans le sens vertical. L'incision s'étend jusque près du bord libre de la paupière. Les bords de la plaie sont ensuite réunis au moyen de la suture entortillée, de manière à obtenir une cicatrice linéaire s'il est possible.

M. Segon a apporté une modification à ce procédé. Ce chirurgien ne trouvant pas dans l'excision verticale un moyen suffisant pour obtenir le dédoublement du tarse, y ajouta l'excision d'un pli transversal dans toute la longueur de la paupière; il obtint ainsi une plaie cruciale qu'il traita convenablement, et le malade sur lequel il pratiqua cette opération fut guéri radicalement.

M. Lisfranc, s'emparant de l'idée de M. Segon, est allé plus loin : il a dénudé la paupière presque en entier au moyen de ciseaux courbes sur le plat. Ce dernier procédé a procuré une guérison radicale à M. Carron du Villards, qui a aussi modifié le procédé de M. Janson.

Voici en quoi consiste cette modification : cinq ou six excisions semblables à celles prescrites par le chirurgien de Lyon, avec la seule différence qu'elles doivent être moins profondes, sont faites dans le rebord de la paupière. Ces excisions par leur cicatrisation impriment à la paupière un renversement externe qui fait redresser le tarse et les cils. M. Carron du Villards a obtenu ainsi une guérison dont il a consigné l'observation dans son ouvrage.

Dans ces dernières années M. Jobert a publié dans la *Gazette médicale de Paris* plusieurs cas de guérison obtenue par l'application du cautère actuel. On sait que c'est là une méthode ancienne à laquelle Delpech avait souvent recours, et qui a procuré à ce chirurgien beaucoup de succès.

Il me reste à parler maintenant de la manière dont M. Velpeau traite le renversement de la paupière en dedans. Ce chirurgien dit que, dans le plus grand nombre des cas, l'excision à la manière de Bordenave est suffisante, qu'elle lui a toujours réussi, et qu'il ne comprend pas toute l'utilité de la plupart des procédés dont j'ai parlé.

Procédé de M. Velpeau. — Je l'extrais textuellement de la dernière édition de son *Traité de Médecine opératoire* :

« Pour rendre aussi simple et aussi efficace que possible l'excision soit à la méthode ancienne, soit à la méthode de M. Janson, je m'y prends de la manière suivante : si le bord palpébral est renversé en dedans plutôt vers ses extrémités qu'au milieu, je prefère l'excision d'un pli vertical; dans le cas contraire, c'est l'excision d'un pli trasversal que j'adopte. Dans le premier cas j'ai soin que la plaie soit plus large

à sa partie inférieure que par en haut, et qu'elle représente une sorte d'ovale. Dans le second cas, j'incise aussi près que possible du bord ciliaire, et j'ai soin de donner au lambeau une largeur d'autant plus grande vers son milieu, que le tiers moyen de la paupière se trouve plus complétement dévié en dedans. Avec ces précautions, le rapprochement des bords de la plaie s'opère en entier aux dépens du renversement des cils, et la moindre déperdition de substance de la peau procure un effet manifeste sur l'entropion.

Quand, après l'excision des téguments, on laisse la plaie se cicatriser par seconde intention, la cure peut être longue et incomplète; s'en tenir à l'emploi des bandelettes pour rapprocher les lèvres de la solution de continuité, elle est fort infidèle; et le sang qui coule en abondance et les larmes rendent l'application de la suture assez difficile. J'ai fait disparaître ces inconvénients par un moyen à la portée de tout le monde. Ayant soulevé avec les doigts ou avec de bonnes pinces le pli soit vertical, soit transversal à exciser, j'en traverse aussitôt la base avec une aiguille, au milieu, puis à chaque extrémité, pour y laisser trois fils longs de chacun un pied. J'excise alors ce pli à une ligne en avant des fils, et il ne me reste plus qu'à les nouer pour compléter la suture et réunir exactement la plaie. On évite ainsi tout embarras causé par le sang, outre qu'il est infiniment moins difficile de traverser les tissus, et que l'on cause moins de douleurs aux malades que s'il fallait passer successivement les fils après coup au travers des deux lèvres de la plaie.

Essayé déjà sur dix à douze malades soit à

l'hôpital de la Charité, soit en ville, ajoute M. Velpeau, ce procédé ainsi modifié m'a paru d'une simplicité si grande que je n'ai plus senti le besoin d'en employer d'autres ».

Je dois dire en terminant que quel que soit le procédé que l'on mette en usage contre le renversement des paupières en dedans, il survient assez souvent des accidents graves. C'est ainsi qu'à la suite de ces opérations on voit se développer des érysipèles, des ophthalmies intenses et quelquefois même des symptômes graves du côté du cerveau. Les chirurgiens doivent donc se tenir en garde contre ces diverses complications qui pourraient avoir des conséquences funestes pour les malades.

Ectropion.

On appelle ainsi le renversement de la paupière en dehors. Cette affection est rarement congéniale. On en trouve pourtant quelques exemples dans les auteurs. Son siége de prédilection est la paupière inférieure. On dit même que dix-huit fois sur vingt elle occupe cette moitié du voile oculaire.

L'ectropion offre différentes variétés. M. Carron du Villards en admet quatre. La première dépend d'une exubérance de la conjonctive; la seconde reconnaît pour cause une déperdition de substance, une cicatrice de la face cutanée des paupières; la troisième est due au développement de tumeurs soit de la caroncule lacrymale, soit du globe oculaire lui-même, ou à des lésions de continuité du tarse. La quatrième enfin est attribuée à la paralysie des muscles du globe de l'œil ou à celle du muscle orbiculaire des paupières.

Quelle que soit d'ailleurs la cause qui donne lieu à l'ectropion, les accidents sont toujours les mêmes. L'œil offre un aspect tout particulier: les larmes coulent en abondance, le bord palpébral de la conjonctive se transforme, devient calleux; si la difformité n'est pas détruite, la cornée s'obscurcit assez souvent, et des ophthalmies chroniques graves se développent. Je me hâte d'ajouter toutefois que ces accidents ne se produisent le plus souvent que lorsque l'ectropion est très prononcé.

Le traitement de l'ectropion varie suivant que la maladie dépend d'une exubérance de la conjonctive ou d'un raccourcissement de la peau. Il est inutile de dire que si l'ectropion était causé par une tumeur quelconque, développée dans le globe oculaire ou dans les paupières, le chirurgien devrait s'occuper de cette tumeur et non pas du renversement de la paupière.

A. *Traitement de l'ectropion par exubérance de la conjonctive.* — Lorsque la maladie est récente, la cautérisation en triomphe dans le plus grand nombre des cas. Saint-Yves et Scarpa vantent en pareil cas le nitrate d'argent, et disent en avoir obtenu d'excellents résultats. Beaucoup de collyres secs, tels que le calomel et le sucre, la tuthie, l'oxide blanc de bismuth finement porphyrisé avec égale partie de sucre candi, peuvent produire le même effet. M. Velpeau a triomphé bien souvent par ces moyens de l'affection qui nous occupe. Il en applique une pincée matin et soir sur toutes les parties engorgées.

Mais j'ai vu plusieurs malades dans le service de ce chirurgien à l'hôpital de la Charité, dont les ectropions ont disparu à l'aide du nitrate

d'argent. Toutefois ce moyen est resté insuffisant chez deux malades traités par M. Velpeau, en 1837, et la maladie n'a cédé qu'à l'usage du nitrate de mercure.

Il ne faudrait pas croire néanmoins que la cautérisation de l'exubérance conjonctivale suffit toujours; il est des cas où elle est inefficace, et alors les chirurgiens doivent avoir recours à des ressources plus énergiques.

On sait que dans quelques cas de ce genre Acrel passa une anse de fil à travers la peau, près des cils, de telle sorte que par des tractions convenables il ramenait la paupière dans sa position normale; on sait en outre que J. Fabrice et Solingen, pour atteindre le même résultat se servaient à la place des fils, de bandelettes emplastiques fixées sur le front pour la paupière inférieure et sur la face pour la paupière supérieure. Mais ce sont là des moyens dont l'expérience a fait justice, et sur lesquels aucun chirurgien n'oserait fonder de nos jours des chances de succès. Il est infiniment plus simple, plus sûr et plus prompt, dit M. Velpeau, d'exciser la conjonctive fongueuse, lorsque la maladie résiste à l'emploi des caustiques. C'est d'ailleurs la méthode généralement suivie par les modernes; on la trouve même adoptée et conseillée par quelques auteurs anciens. Voici comment on procède dans cette opération. La paupière est préalablement renversée en dehors, et maintenue dans cette position par un aide; l'opérateur saisit alors avec de bonnes pinces à disséquer un repli de la conjonctive, et l'excise avec de bons ciseaux droits ou courbes sur le plat. Il est très important de ne donner à ce repli que l'étendue convenable; car s'il était trop petit, il ne remplirait pas le

but qu'on se propose ; et s'il était trop grand, il occasionerait un renversement de la paupière en dedans. Il faut en outre ne comprendre dans cette excision que la conjonctive, et produire cette perte de substance plus près du globe oculaire que du bord palpébral. Le sang coule d'abord en abondance ; mais bientôt il s'arrête de lui-même. La suite de cette opération n'offre rien de particulier ; on a recours aux mêmes moyens que réclament les ophthalmies traumatiques. Ses résultats sont évidents ; la plaie, en se cicatrisant, refoule le bord convexe du cartilage tarse vers la peau, et en raccourcissant la face muqueuse de la paupière, elle donne à l'organe sa position normale.

C'est là, comme on le voit, une opération simple et facile. Elle avait d'ailleurs été pratiquée par les chirurgiens anciens. Toutefois, il faut le dire, c'est A. Severin qui, le premier, en a fait un véritable précepte, après en avoir obtenu un grand nombre de succès. Mais elle avait encore été oubliée, lorsque Bordenave est venu en préconiser de nouveau tous les avantages et la placer dans la pratique à titre de procédé général. Cet illustre membre de l'académie royale de chirurgie, après l'excision du bourrelet conjonctival, abandonnait la plaie aux soins de la nature. Plus tard on a imaginé différents moyens pour rendre ce procédé plus efficace. C'est ainsi que quelques chirurgiens, après l'excision, relèvent aussitôt le bord libre de la paupière vers le globe oculaire, et le maintiennent dans cette position au moyen de bandelettes de diachylon ou de quelques bandages. M. A. Bérard fait actuellement usage de ce moyen à l'hôpital Necker chez un malade affecté d'ectropion de la

paupière inférieure droite; j'ai vu plusieurs fois ce malade, et je dois dire que ce procédé a déjà produit des résultats assez satisfaisants. M. Carron du Villards cite un succès complet obtenu par M. Lisfranc. D'autres chirurgiens, à l'exemple de Dzondi, allant plus directement au but, ont proposé d'exciser les cicatrices cutanées, s'il en existe, ou bien de pratiquer une incision en demi-lune, sur la racine de la paupière, pour aider les bandelettes et les bandages à redresser plus facilement le bord ciliaire. M. Velpeau pense que ce n'est là qu'un moyen accessoire qui ne sert qu'à compliquer l'opération et qui ne sera pas conservé dans la pratique. Une modification, qui serait peut-être avantageuse en pareil cas, consisterait à tailler le lambeau conjonctival de telle sorte que son bord antérieur fût très rapproché du bord libre de la paupière, et à réunir ensuite les lèvres de la plaie par quelques points de suture simple.

Au total, les moyens réellement utiles dans les cas d'ectropion par exubérance de la conjonctive, sont les astringents, les caustiques et l'excision du bourrelet de la conjonctive à la méthode de Bordenave. On peut aider ce dernier moyen à l'aide de bandelettes ou d'un bandage approprié.

B. *Ectropion par raccourcissement de la peau.* — Les causes qui peuvent produire cette variété d'ectropion sont nombreuses; les principales sont les brûlures, les plaies, les ulcères, la variole. Les brides, les cicatrices que laissent assez souvent à leur suite ces affections, produisent un tiraillement en dehors du bord ciliaire de la paupière, et de là un ectropion bien autrement difficile à guérir que celui que nous

venons d'étudier. La perte de substance est quelquefois si considérable, que le bord ciliaire se trouve placé sur le bord orbitaire et même sur l'os malaire. Dans ces cas, c'est à la blépharoplastie qu'il faut demander des secours : nous nous en occuperons plus tard.

Dans l'ectropion par raccourcissement de la peau, ce serait en vain qu'on aurait recours aux dessicatifs, aux caustiques appliqués sur la conjonctive palpébrale, à l'excision même de cette partie de la membrane muqueuse oculaire relâchée, ou qu'on chercherait à redresser la paupière à l'aide des fils ou des bandelettes. Il faut ici faire usage d'un autre ordre de moyens.

Pour allonger la face cutanée de la paupière renversée, les chirurgiens ont imaginé une foule de procédés chirurgicaux. C'est ainsi qu'on a proposé de faire sur la peau une incision en demi-lune, ayant les cornes tournées vers l'ouverture de l'œil. D'autres se sont bornés à pratiquer une incision transversale, dont ils tenaient les bords écartés par l'interposition d'une plus ou moins grande quantité de charpie. D'autres, enfin, se sont attachés à détruire toutes les brides, toutes les cicatrices, soit en pratiquant sur elles de simples incisions, soit en les excisant avec des ciseaux ou avec un bistouri. Mais il est bien reconnu de nos jours que, loin d'être avantageuses, ces diverses opérations sont souvent nuisibles; et que, quelques précautions que l'on prenne, les plaies qui en résultent tendent plutôt à raccourcir la peau, qu'à en favoriser l'allongement. Je dois dire cependant que M. A. Petit cite un cas de guérison remarquable obtenu par une incision semi-lunaire. Les annales de

la science en renferment aussi quelques autres exemples.

Procédé d'Antilus et de M. Adams. — Le mode opératoire que nous allons décrire est assez longuement exposé dans Aëtius. On l'a attribué à Physick, à M. Bouchet; mais son origine nous importe peu. C'est peut-être à tort que nous confondons, sous un même titre, l'opération d'Antilus et celle de M. Adams; toutefois, ces deux procédés ont une si grande analogie que nous avons cru devoir les exposer ensemble. Dans les deux cas, l'opération consiste à tailler, aux dépens de la paupière affectée, un lambeau triangulaire en forme de V, dont la base correspond au bord ciliaire. Les deux côtés de la division sont ensuite réunis au moyen de la suture. Antilus laissait intacte la peau de la paupière, et n'enlevait que les tissus de la face interne. M. Adams, au contraire, comprend dans l'excision toute l'épaisseur de la paupière. C'est là, comme on le voit, une différence fondamentale. Le procédé d'Antilus pourrait trouver son application dans le traitement de l'ectropion par exubérance de la conjonctive; mais ici nous ne croyons pas qu'on doive lui accorder une grande confiance.

Le procédé de M. Adams a trouvé un assez grand nombre de partisans en France. M. Roux surtout y a eu recours un grand nombre de fois. M. Velpeau dit en avoir fait plusieurs fois l'application, et en avoir retiré des résultats satisfaisants. Voici d'ailleurs le mode opératoire: On saisit d'abord, avec une pince à ligature, la paupière dans la partie qui est le siége du renversement, et on coupe ensuite de chaque côté toute l'épaisseur des tissus palpébraux, de telle

sorte qu'il en résulte un lambeau triangulaire, dont la base est tournée vers le bord ciliaire. Le sang coule d'abord en abondance; mais il ne tarde pas à s'arrêter; et, dans tous les cas, on pourrait tordre les vaisseaux. Immédiatement après l'enlèvement du lambeau, on réunit les deux bords de la solution de continuité. M. Adams se contente d'un point de suture simple placé très près des cils. M. Roux se comporte comme dans le bec-de-lièvre; il fait usage de la suture entortillée. Cette modification nous paraît avantageuse. M. Velpeau conseille de se servir dans cette opération de bons ciseaux au lieu du bistouri; alors, en effet, l'opération est plus prompte, plus sûre, et, sans contredit, beaucoup plus facile. Dans le courant de l'année 1837, j'ai vu pratiquer deux opérations de ce genre par M. Velpeau. Dans un cas, la difformité fut entièrement enlevée; et dans l'autre, lorsque le malade sortit de l'hôpital, le renversement de la paupière existait encore, il est vrai, mais à un degré beaucoup moindre.

Sans accorder à ce procédé une aussi grande confiance que M. Adams, M. Velpeau pense que c'est un moyen utile et avantageux dans plusieurs cas.

Procédé de M. Walther. — M. Walther ayant à traiter un ectropion situé vers l'angle externe de l'œil gauche, et survenu à la suite d'une cicatrice vicieuse, s'y prit de la manière suivante : Après avoir arraché la veille de l'opération tous les cils placés à l'angle externe, il saisit avec de bonnes pinces l'extrémité externe de la paupière supérieure, qu'il incisa dans toute son épaisseur, avec un bistouri très étroit, jusqu'à la tempe; en fit autant pour la pau-

pière inférieure, et excisa le lambeau de parties molles ainsi limité. Cela fait, il rapprocha les deux lèvres de la plaie qu'il maintint en contact par deux points de suture renforcés par des emplâtres agglutinatifs. Le malade guérit parfaitement sans difformité.

Ce procédé se rapproche, comme on le voit, de celui de M. Adams. Dans des cas semblables à celui de M. Walther, les chirurgiens devraient avoir recours à cette opération.

Procédé de M. Key. — M. Key ayant à traiter un ectropion qui avait résisté aux méthodes ordinaires, pensa que la cause du renversement de la paupière consistait dans la contraction spasmodique du muscle orbiculaire. En conséquence, il fit à la peau une incision transversale, pénétra peu à peu jusqu'au bord convexe du cartilage tarse, et saisit avec des pinces un faisceau de fibres charnues qu'il divisa à l'aide de ciseaux bien tranchants. Il est dit que l'opération eut un plein succès. « Je ne sais, dit M. Velpeau, si les praticiens adopteront les vues de M. Key; je ne sais si elles ont été exactement rendues; ce qu'il y a de sûr c'est qu'on ne comprend guère l'existence de ces prétendues contractions spasmodiques, ni comment l'incision d'une partie du muscle orbiculaire des paupières, peut remédier à l'ectropion. »

Le procédé de M. Brack qui propose de tailler, puis d'exciser un lambeau quadrilatère des téguments et de recourir ensuite à la suture; celui de M. Jacob qui se borne à fendre l'angle temporal des paupières, n'ont perfectionné en aucune manière la thérapeutique de l'ectropion.

Procédé de M. Dieffenbach. — Ce chirur-

gien fait une incision sur la base de la paupière, parallèle au bord de l'orbite, pénètre ainsi jusqu'à la face interne de cet organe, attire ensuite au dehors la conjonctive avec le bord convexe du cartilage tarse pour les fixer au moyen de la suture dans un repli de la peau. Le chirurgien de Berlin a employé plusieurs fois ce procédé avec succès. D'après M. Carron du Villards, M. Lisfranc en aurait aussi retiré de bons avantages. Mais M. Velpeau pense que c'est une opération qui ne paraît devoir être préférée que dans un petit nombre de cas, et qui souvent exposerait à une difformité à peu près aussi grande que celle de l'ectropion lui-même.

Lorsque les divers procédés dont je viens de parler ne fournissent aucune chance de succès; lorsque le raccourcissement de la peau est considérable, il ne reste plus de ressources que dans la blépharoplastie dont nous allons bientôt nous occuper. Ce serait surtout à la méthode de M. Jones qu'il faudrait avoir recours; dans plusieurs cas elle offrirait sans contredit des résultats satisfaisants.

Cette méthode dont je présenterai plus tard la description, a l'avantage immense, dit M. Velpeau, de ne point substituer de difformité à la place de celle que l'on veut détruire, et d'être d'une exécution facile. M. Velpeau l'avait imaginée en 1834, et croyait encore en être l'inventeur en 1837 lorsqu'il apprit que M. A. Bérard venait de l'essayer sans succès et que M. Jones l'avait appliquée deux fois avec avantage. M. Sanson en avait aussi fait l'essai sur un malade qui fut pris d'un érysipèle et succomba. Quoi qu'il en soit, je l'ai vue mettre en pratique par M. Velpeau en 1838, et je me suis convaincu qu'elle

était réellement facile, plus prompte qu'aucune autre, et qu'on doit y avoir recours toutes les fois qu'il suffit d'allonger la paupière pour guérir l'ectropion. Il est bon d'être prévenu toutefois que cette opération est assez souvent accompagnée d'érysipèle, et que les praticiens doivent se tenir en garde contre cette application. Il faudrait au reste, dit M. Velpeau, pour tirer tout le parti possible de cette opération, prolonger très loin les incisions du côté de la base de l'orbite, et disséquer le lambeau jusqu'auprès de la racine des cils, afin d'en éloigner autant que possible le sommet de son point de départ; il faudrait en outre réunir le tout par des points de suture multipliés et tâcher de mettre en contact les bords de la plaie, dans une étendue de quatre à dix lignes au-dessous de la pointe du V, qui serait d'ailleurs comprise par l'un des fils ou par l'une des épingles. Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur ce procédé en traitant de la blépharoplastie en général.

Blépharoplastie.

Les paupières sont sujettes à une foule d'altérations qui font journellement sentir le besoin de l'anaplastie. La blépharoplastie ne consiste pas seulement à restaurer une partie de la paupière endommagée, mais encore à en former une de toutes pièces avec la peau prise dans différents points de la face. L'historique de cette opération ne sera pas déplacée ici. Voici ce que dit à ce sujet M. Velpeau dans la dernière édition de son *Traité de Médecine opératoire*. «L'adage de Celse : *si palpebra tota deest, nulla id curatio restituere potest*, adage resté comme

une loi dans la pratique chirurgicale, a fait place de nos jours à un axiome tout opposé. Il est possible maintenant de reconstruire les paupières comme on reconstruit le nez. Bien plus la blépharoplastie que quelques chirurgiens acceptèrent comme une opération nouvelle en 1833 à Paris, quoique je l'eusse indiquée dans la première édition de ce livre, est déjà une méthode ancienne. M. Græfe l'avait mise en pratique avec succès en 1816 ou 1817, puisqu'il en cite un exemple dans son *Traité de la rhinoplastie*. Un autre chirurgien allemand, Dzondi, en fit mention vers le même temps. Toutefois les faits invoqués par ces praticiens étaient presque complètement oubliés, lorsque M. Fricke en fit un essai décisif en mai 1829. Presque à la même époque M. Jüngken publia deux faits relatifs à des tentatives semblables, mais qui avaient complétement échoué. Dès lors la blépharoplastie ne fut omise ni par M. Langenbeck, ni par M. Rust, ni par M. Blasius, dans leurs traités. Elle est devenue ensuite le sujet de dissertations intéressantes sous la plume de M. Dreyer, de M. Staub, de M. Peters; outre les articles que lui ont consacrés MM. Dieffenbach et Ammon en Allemagne.

En France, MM. Blandin, Jobert, Carron du Villards, n'ont pas tardé non plus à s'en occuper. Il faut ajouter à leurs observations celles que M. Robert a fait connaître, et les exemples qui me sont propres. Il résulte de ces détails que la blépharoplastie a maintenant été pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'il soit permis d'en apprécier la valeur. »

Les circonstances qui peuvent faire sentir le besoin de la blépharoplastie sont nombreuses;

je ne les passerai pas toutes en revue; je les réduirai, comme M. Velpeau, à trois chefs principaux : 1° la destruction d'une plus ou moins grande partie des paupières; 2° certains cas de raccourcissement des téguments palpébraux; 3° enfin plusieurs difformités rangées parmi les variétés de l'entrepion, de l'ectropion ou du trichiasis. Mais le but principal de l'anaplastie doit être, aux paupières comme ailleurs, de remédier aux déperditions de substance de la peau; car on ne comprend guère comment toute l'épaisseur d'une paupière puisse être reconstruite à l'aide de cette opération. Déjà, en traitant de l'entrepion, de l'ectrepion et du trichiasis, nous avons exposé les divers moyens propres à corriger le renversement anormal des paupières.

La blépharoplastie comprend plusieurs genres qui appartiennent tous à l'anaplastie par transposition. L'anaplastie par transplantation, l'anaplastie même à la méthode italienne n'ont été conseillées par personne. Quoique pratiquée déjà de trois manières différentes, c'est-à-dire à la méthode de Koomas ou par contorsion du lambeau, par la méthode de Chopart ou par entraînement ou inclinaison du lambeau, et par la méthode de Franco ou par allongement des parties, la blépharoplastie n'en est pas moins restée circonscrite presque uniquement dans le cercle de l'anaplastie indienne.

Quel que soit d'ailleurs le procédé qu'on adopte, M. Velpeau pense que la blépharoplastie n'offre de véritables chances de succès que quand la peau et les tissus cellulo-graisseux ou fibreux sont seuls détruits, et que rien ne pourrait remplacer les muscles palpébraux, s'ils étaient compris dans la mutilation. Il est bon

d'ajouter toutefois qu'à la paupière inférieure et dans quelques cas même à la paupière supérieure lorsque son muscle élévateur est conservé, on peut construire, avec les téguments des parties voisines, quelque chose d'analogue aux voiles membraneux de l'œil, masquer ainsi en partie la difformité et surtout mettre l'œil à l'abri des influences extérieures.

Les manières diverses de pratiquer la blépharoplastie ont presque toutes été empruntées à l'anaplastie du nez. Les procédés qui ont été imaginés sont nombreux, et varient suivant les cas. Je ne m'occuperai que des trois principaux qui méritent d'être conservés dans la pratique; les autres d'ailleurs peuvent facilement leur être rapportés.

1° *Procédé de M. Fricke, ou méthode indienne.* — M. Velpeau donne sur ce procédé les détails suivants : « M. Grœfe et Dzondi, n'ayant presque rien dit de leur manuel opératoire, ont en quelque sorte laissé à MM. Fricke et Jüngken tout l'honneur de la blépharoplastie par anaplastie indienne. Dans cette méthode, que j'ai mise en pratique deux fois pour la paupière supérieure, que MM. Blandin, Gerdy, Jobert et Carron du Villards ont également essayée à Paris, on commence par exciser le tissu des cicatrices qui déforment la paupière, afin d'établir là une plaie régulière. S'il n'y a pas de tissus inodulaires, on incise la peau en travers, afin de pouvoir allonger l'organe raccourci, ou de se créer un espace pour l'allonger en y rapportant une pièce. Cela étant fait, on taille dans le voisinage un lambeau qui, contourné sur l'un de ses bords, est ramené et fixé par un nombre suffisant de

points de suture sur la déperdition de substance de la paupière.

« S'agit-il de la paupière supérieure, M. Fricke prend le lambeau sur la partie antérieure de la tempe, au-dessus de l'extrémité externe du sourcil. Ce lambeau qu'il détache de haut en bas en lui conservant un large pédicule, est aussitôt ramené par son bord antérieur jusqu'au bord inférieur de la paupière, tandis que son bord postérieur en gagne peu à peu le bord supérieur. Pour la paupière inférieure, M. Fricke prend le lambeau sur la face externe de la pommette, et le ramène d'ailleurs par le même mécanisme sur le vide à remplir. M. Ammon a modifié ce procédé de manière que la plaie du lambeau et la plaie de la paupière se continuent à la manière d'une L majuscule; si bien que la branche horizontale de l'L finit par être remplie au moyen du lambeau, tandis que sa branche verticale reste vide. D'ailleurs M. Ammon se comporte de tous points comme M. Fricke ou comme M. Jüngken. »

MM. Gerdy, Blandin et Jobert ont suivi, il est vrai, une méthode un peu différente dans la construction et le placement du lambeau. Mais M. Velpeau pense que le procédé de M. Fricke est plus favorable au succès de l'opération, et que c'est sans doute parce qu'ils ignoraient ce qui avait été fait en Allemagne sous ce rapport, que les chirurgiens dont je viens de parler ont suivi une route un peu différente.

J'ai été témoin de deux opérations de ce genre pratiquées par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité. Chez le premier malade, le lambeau taillé sur le front fut renversé, tordu et abaissé comme l'arche d'un pont sur la plaie de la paupière.

On le voit, le chirurgien se conforma ici de tous points aux règles de l'anaplastie indienne. Il est inutile de dire que la lésion avait son siége à la paupière supérieure. Chez le second malade, c'était la paupière inférieure qui était affectée. M. Velpeau emprunta le lambeau à la partie supérieure de la pommette, et suivit à peu près le procédé de M. Fricke. Mais, peu de temps après, il exposa dans une leçon clinique que ce procédé avait besoin d'être modifié, et voici les règles qu'il posa alors à ce sujet : 1° Pour la paupière inférieure, le lambeau doit être taillé plutôt vers la région temporale que sur la pommette, afin que sa racine et la plaie qu'il laisse, tendent par leur rétraction naturelle à entraîner la paupière par en haut plutôt que par en bas; 2° ce lambeau doit offrir d'abord au moins deux fois les dimensions qu'il doit conserver plus tard; 3° il doit être fixé par des points nombreux de suture plutôt que par la simple compression; 4° le pédicule de ce lambeau doit être aussi large et aussi épais que la disposition des parties pourra le permettre; 5° le côté supérieur enfin doit être rapproché autant que possible du bord libre de la paupière. M. Velpeau pense que c'est pour ne pas s'être conformés à ces règles, que plusieurs chirurgiens, et lui-même n'ont pas obtenu de ce procédé tous les bons effets qu'on aurait pu obtenir.

2° *Blépharoplastie par inclinaison du lambeau.* — M. Dieffenbach pensant qu'on pourrait retirer de grands avantages, sur les paupières, de l'anaplastie par la méthode de Chopart, a imaginé un genre de blépharoplastie tout particulier, admis par les auteurs sous le titre de *procédé* de M. Dieffenbach. Voici les détails donnés par

M. Velpeau sur ce procédé opératoire : « On commence par exciser toutes les cicatrices, afin de les remplacer par une plaie régulière. On taille ensuite un lambeau de largeur suffisante aux dépens des téguments de l'un des côtés de la nouvelle plaie, de manière que ce lambeau figure un trapèze, dont le bord interne est représenté par la lèvre externe de la plaie, tandis que son bord supérieur ou inférieur, selon la paupière à retourner, a été séparé sur une ligne qui prolongerait en dehors la commissure palpébrale externe. Pour construire ce lambeau, il faut en conséquence pratiquer une incision horizontale qui se prolonge plus ou moins de l'extrémité externe des paupières vers la tempe ; puis une incision oblique de haut en bas ou de bas en haut et de dedans en dehors, selon qu'il s'agit de la paupière supérieure ou de la paupière inférieure : incision qui doit avoir une longueur à peu près double de celle de l'incision horizontale. A l'aide de ces deux incisions, et de celles qu'on a pratiquées pour enlever les tissus inodulaires, on circonscrit un lambeau trapézoïde ou un parallélogramme, qu'on dissèque de bas en haut sur la tempe ou le front pour la paupière supérieure, et de haut en bas et sur la pommette pour la paupière inférieure. Rien n'est facile ensuite comme d'entraîner ce lambeau en dedans sans le tordre, sans le contourner, de manière à pouvoir en coudre le bord interne sur la lèvre interne de l'excision préalable, et le bord libre avec les téguments qui avoisinent le bord ciliaire de la paupière correspondante. Au total, ce lambeau prend alors la place des parties qu'on a cru devoir enlever, et c'est à la place qu'il occupait lui-même que se trouve définitivement la plaie.

De cette manière la blépharoplastie est réellement une opération assez facile pour que tout le monde puisse la pratiquer. Plusieurs exemples de succès obtenus ainsi ont été cités par M. Peters, et je pus me convaincre, en examinant à Paris une des malades operées par M. Dieffenbach, que c'était un procédé à conserver. Les inconvénients principaux sont de nécessiter un décollement considérable de tissus, d'exiger un lambeau assez long pour qu'on ait à en redouter la mortification, et de ne s'appliquer parfaitement bien qu'aux déperditions de substance plus longue que large. »

3° *Procédé de M. Jones.* — Ce procédé est de beaucoup plus simple que les précédents; mais, comme on le comprendra facilement par la description que je vais en donner, il est d'une application bien moins générale. On commence par pratiquer deux incisions qui, partant des extrémités de la paupière malade, vont se joindre sous un angle plus ou moins aigu du côté de la pommette ou du front, suivant que l'on opère sur la paupière inférieure ou sur la paupière supérieure. On a ainsi un lambeau en forme de V, dont la base correspond au bord libre de la paupière, et le sommet tantôt sur la pommette, tantôt sur le front. Ce lambeau est alors disséqué de la pointe vers la base, à peu près dans la moitié de sa longueur. Puis, il est ramené avec la paupière sur le devant de l'œil. Dès lors, on referme immédiatement, à l'aide de quelques points de la suture, la plaie qu'il laisse après lui, et on le maintient ainsi lui-même dans la nouvelle place qu'on lui a faite. En 1838, j'ai été témoin de deux opérations de ce genre pratiquées par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité.

Chez l'un des opérés, la guérison eut lieu sans accident; et lorsqu'il sortit de l'hôpital, l'ectropion qui avait nécessité l'opération avait diminué considérablement, à tel point que le malade, jeune encore, en témoigna toute sa satisfaction. Chez le second, un érysipèle survint; la plaie suppura quelque temps; elle se cicatrisa enfin; mais la difformité persista en grande partie. Toutefois, c'est un procédé ingénieux qui sera sans contredit conservé dans la pratique. C'est, dit M. Velpeau, une opération simple, rapide, peu douloureuse, qui ne réclame point les grands décollements de la méthode indienne, et qui expose à peine à la mortification des tissus. Tels sont les procédés dont j'ai cru devoir donner la description dans ce livre.

Voici comment M. Velpeau apprécie la blépharoplastie. « Il ne faudrait pas se faire illusion sur les ressources que peut fournir la blépharoplastie. De quelque manière qu'on s'y prenne, la paupière la mieux reconstruite manque rarement de se déformer de nouveau; tantôt le lambeau d'emprunt se resserre tellement, qu'il revêt la forme d'une petite tumeur, d'une bosselure plus ou moins inégale; tantôt il finit par reproduire l'ectropion, ou par tirer dans un sens ou dans l'autre la paupière restaurée à la manière d'une bride inodulaire. D'un autre côté, il y aurait de la folie à croire qu'un lambeau purement tégumentaire remplacera jamais une paupière dont le muscle orbiculaire ou le cartilage tarse aurait été détruit. On conçoit aussi que les cils ne peuvent point être reproduits par ce genre d'opération.

Il en résulte que, pour tous les cas où la déformation des paupières tient uniquement à une

maladie de la peau, la blépharoplastie méthodiquement conduite, offre un remède véritablement précieux; que, même en l'absence du muscle orbiculaire, elle peut être d'un grand secours, en supposant que les cils et le cartilage tarse aient été conservés. Si la destruction était plus profonde, la blépharoplastie ne serait point encore à rejeter, attendu qu'elle permettrait de fournir à l'œil un voile protecteur contre l'action de l'atmosphère, contre les inflammations ou la fonte de la cornée; mais on aurait tort, dans ce cas, de compter sur de véritables paupières, de promettre au malade qu'on le débarrassera complétement de sa difformité. »

Corps étrangers.

Avant de terminer ce chapitre, je crois devoir dire quelques mots sur les corps étrangers qui peuvent se fixer sur les paupières ou sur le devant de l'œil, de même qu'entre les paupières et l'œil. Les praticiens ne sauraient trop se tenir sur leur garde contre cette cause permanente d'inflammation. Car ce serait en vain qu'on chercherait à triompher par tous les moyens thérapeutiques d'une phlegmasie oculaire, développée et entretenue par la présence d'un corps étranger, si on ne procédait avant tout à son extraction. Et qu'on ne croie pas que leur existence est toujours facile à constater. Les annales de la science démontrent que les chirurgiens les plus habiles et les plus expérimentés se sont plus d'une fois mépris à ce sujet.

Je n'ai point à m'occuper ici des corps étrangers volumineux, de ceux dont la présence est évidente. Dans ces cas, chacun sait qu'il faut

procéder immédiatement à leur extraction, et traiter la plaie par les moyens employés en pareil cas. Je ne parlerai ici que de ceux dont l'existence est plus ou moins difficile à reconnaître. Si l'on examine ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs, il est facile de se convaincre que ces corps sont en grand nombre. Saint-Yves parle d'un malade chez lequel il trouva, au-dessous de la conjonctive, des fragments de baleine longs d'une ligne ou deux. Demours cite le cas d'un malade chez lequel une barbe d'épi d'orge était introduite dans le point lacrymal de manière à ne proéminer au dehors que d'une très petite partie. Bidloo, Scharschmidt, Percy, disent avoir observé, entre l'œil et les paupières, des fragments de bois, de verre, et même d'un tuyau de pipe. M. Maunoir a rencontré sur le devant de l'œil des épines de coques de châtaigne. On a observé aussi des poils naître de la caroncule lacrymale, se recourber vers le globe oculaire et l'irriter. Chez un malade observé par Dupuytren, un cil s'était engagé, en se recourbant, dans l'un des points lacrymaux. On a trouvé aussi, sur le devant de l'œil ou entre cet organe et les paupières, de petites écailles soit de fonte, soit de cuivre, soit de fer, ou de tout autre substance. Une malade que j'ai observée, à l'hôpital de la Charité, portait à l'angle externe de l'œil droit une coque de millet qu'elle avait soulevée, en nettoyant une cage d'oiseau.

Un fait digne de remarque, c'est que ces corps peuvent séjourner pendant un temps plus ou moins long, soit sur l'œil, soit sur les paupières, sans déterminer des accidents. Borichius dit que, chez un malade, une épine resta trente ans dans l'angle interne de l'œil, avant d'occa-

sioner de la douleur ; mais elle finit par amener une inflammation violente. En 1837, j'ai observé dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, un malade qui avait au devant de la cornée, depuis quinze mois environ, une écaille de fer, et il s'en occupait si peu, que c'était pour une autre maladie qu'il était entré à l'hôpital.

Les signes qui caractérisent cette affection sont faciles à deviner. On a dit, avec raison, qu'une douleur fixe et pongitive, répondant au milieu de la paupière supérieure, indique la présence d'un corps étranger sur la cornée ; de même qu'une douleur gravative qui correspond au bord supérieur du cartilage tarse, doit faire supposer l'existence d'un corps étranger dans le repli oculo-palpébral de la conjonctive. Toutefois, et ceci ne doit point être oublié, il arrive que des corps étrangers, d'un certain volume même, restent pendant un temps plus ou moins long, implantés dans les paupières ou sur le devant de l'œil, sans y être aperçus, quoique d'ailleurs, d'après tous les symptômes que l'on observe, on soit en quelque sorte certain de leur existence. Willius dit qu'une tige, longue de plus d'un pouce, et qui était entrée dans l'orbite à travers la paupière, y resta très longtemps sans être reconnue, quoiqu'il en résultât des accidents très graves, du délire et des convulsions. Dans le mois d'avril 1837, j'ai observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, le fait suivant : Un jeune homme, couché au N° 32 de la salle Sainte-Vierge, était affecté d'une ophthalmie sub-aiguë. La cornée conservait sa transparence ; un chémosis grisâtre, avec boursoufflement érysipélateux de la

paupière supérieure, plus marqué vers l'angle externe de l'œil que du côté interne, fixa l'attention de M. Velpeau. Le malade qui souffrait peu, ne savait à quoi attribuer sa maladie qui datait de quinze jours. Les premières recherches de M. Velpeau furent vaines, et, malgré le traitement, la maladie n'en persistait pas moins. Enfin, après un examen minutieux et répété à différentes reprises, le chirurgien finit par apercevoir, dans la rainure oculo-palpébrale supérieure, l'extrémité jaunâtre d'un corps qu'il saisit aussitôt avec des pinces, et qui avait près d'un pouce de long, sur une ligne et demie de diamètre. C'était une tige de graminée qui avait pénétré dans l'orbite, pendant que le malade dormait sur une charrette chargée de paille.

Les corps étrangers ne sont pas toujours implantés dans les tissus; ils sont quelquefois mobiles entre l'œil et les paupières. Mais dans ces cas, il est ordinairement facile d'en constater la présence, et un anneau d'or ou d'argent, la tête d'une longue épingle, un petit rouleau de papier, un cure-oreille, ou tout autre objet lisse et arrondi, suffit pour les entraîner au dehors.

Lorsqu'on est bien convaincu de l'existence d'un corps étranger implanté dans les tissus, il faut immédiatement procéder à son extraction. Pour cela, on a imaginé plusieurs procédés. S'il s'agit d'extraire une parcelle de métal, de pierre, de bois, etc., et qu'on ne craigne pas de la briser, on peut se servir avec avantage du bec d'une *plume taillée en cure-dent*, ou de quelque autre instrument analogue. Si l'on a affaire à un petit corps ferrugineux, à peine adhérent aux tissus, l'aimant, conseillé par F. de Hilden, pourrait être utilement employé. Des parcelles

de paille pourraient être attirées au dehors à l'aide d'un rouleau de cire d'Espagne.

Mais lorsque le corps étranger a un certain volume, et qu'il est profondément implanté dans les tissus, sans laisser à l'extérieur assez de surface pour donner prise aux instruments, il faut alors avoir recours à une opération. Pour cela, un aide maintient les paupières écartées; l'opérateur portant la pointe d'une lancette ou d'un bistouri très aigu à la circonférence du corps étranger, l'isole jusqu'à une certaine profondeur, le saisit ensuite avec une bonne pince, et le tire avec beaucoup de précaution. Cette opération exige une certaine adresse et une grande précision dans les mouvements. Pour les suites, on se comporte comme si le sujet était atteint d'une conjonctivite simple. Cette opération exige surtout de grandes précautions lorsque le corps étranger est situé dans l'épaisseur de la cornée.

Lorsque le corps à extraire offre à l'extérieur assez de prise aux instruments, toute opération devient inutile; on le saisit avec une bonne pince, et on l'extrait en prenant toutes les précautions convenables pour ne pas le briser.

On a observé différentes sortes de vers soit dans le bord ulcéré des paupières, soit au fond de la rainure oculo-palpébrale, soit au grand angle de l'œil. J'ai vu à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Velpeau, un malade, naturellement malpropre et affecté depuis longtemps d'une blépharite ciliaire qui avait six énormes asticots au grand angle de l'œil entre l'extrémité interne de la paupière supérieure et la caroncule lacrymale. M. Jules Cloquet a publié l'histoire d'un malade qui eut l'œil et l'or-

bite profondément excavés par cette espèce de ver.

Le bord ciliaire des paupières est quelquefois envahi par des insectes. M. Velpeau a rapporté dans ses leçons cliniques le fait suivant qui lui a été communiqué par M. Champion. Il s'agit d'une jeune paysanne qui portait sur le bord ciliaire des paupières une telle quantité de *pediculi pubis* que M. Champion n'aurait jamais cru qu'il pût s'en attacher autant sur un organe aussi étroit. Cette partie des paupières était transformée en un bourrelet brunâtre; et le malade souffrait considérablement. Quelques frictions avec l'onguent mercuriel sur la partie affectée suffirent pour amener la guérison en quelques jours. On obtiendrait le même résultat avec la pommade au precipité blanc, ou avec la pommade de Désault. L'existence des asticots réclame d'ailleurs le même traitement. Il est du reste probable que le camphre, tant vanté par M. Raspail, étant associé aux topiques mercuriels, augmenterait l'efficacité de cette médication.

CHAPITRE II.

MALADIES DU GLOBE DE L'ŒIL.

C'est dans ce chapitre que nous aurons à étudier les maladies que l'on désigne sous le nom général d'*ophthalmies*. Je dois répéter que, dans cette étude, nous ferons abstraction de toute complication. Nous considérerons ces affections à l'état d'inflammation franche, sans nous occuper de la constitution des sujets et de toute cause spécifique. En procédant ainsi du simple au composé, il nous sera facile de montrer, dans un autre chapitre, tout le vide et toute la futilité d'une foule de divisions et de subdivisions que l'on a pu formuler tout à son aise dans le silence du cabinet, mais qui sont loin d'être sanctionnées par l'expérience et par une saine observation. N'allons pas plus avant sur ce sujet, et passons immédiatement à l'examen des maladies des divers tissus qui entrent dans la contexture du globe oculaire.

Maladies de la conjonctive oculaire.

Les principales maladies dont la conjonctive oculaire peut être le siége, se rapportent toutes en définitive à l'inflammation de cette membrane, et à certaines modifications organiques qu'elle éprouve à la suite de cette inflammation.

Inflammation de la conjonctive oculaire.

C'est là, d'après les divisions établies par M. Velpeau, la *conjonctivite* proprement dite. La membrane muqueuse du globe de l'œil, renfermant les mêmes éléments que celle des paupières, est sujette aussi à plusieurs nuances inflammatoires qu'il est bon de connaître. Nous étudierons donc ici la conjonctivite *simple*, la conjonctivite accompagnée de *chémosis*, la conjonctivite *partielle*, la conjonctivite *papuleuse*, la conjonctivite *granuleuse*, et enfin les différentes espèces de conjonctivites *purulentes*.

A. *Conjonctivite simple.* — Cette première nuance, la plus bénigne de toutes celles que nous avons à étudier, est aussi la plus fréquente. Les causes qui peuvent la produire sont nombreuses : les refroidissements subits, les travaux forcés de cabinet, l'exposition prolongée à une vive lumière, l'habitation dans des appartements fortement chauffés, les excès de table, exercent sans contredit une grande influence sur le développement de cette phlegmasie. Il faut ajouter à cela les corps étrangers introduits entre l'œil et les paupières. Quelle que soit d'ailleurs la cause qui ait produit l'inflammation, la conjonctivite *simple* se présente avec les caractères suivants : les malades éprouvent au début une légère démangeaison entre l'œil et les paupières ; bientôt la conjonctive revêt une couleur d'un rouge plus ou moins vif, tirant quelquefois sur le jaune, sur le rouge briqueté, et quelquefois sur le pourpre et le violet. On distingue alors une foule de petits vaisseaux de grosseur variable, entrecroisés de plusieurs manières, mobiles

et si faciles à déplacer qu'il est évident qu'ils ont leur siége dans le tissu conjonctival. Ces vaisseaux sont d'autant plus petits et plus fixes qu'on les examine plus près de la cornée. On les voit se terminer insensiblement à une ligne environ de cette membrane, ou bien se recourber en ce point pour s'anastomoser avec les vaisseaux profonds. Je dois ajouter cependant que, lorsque l'inflammation est intense, il n'est pas rare de voir quelques filets sanguins arriver jusqu'a la circonférence de la cornée et se prolonger même plus ou moins sur cette membrane. J'ai observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, plusieurs cas de ce genre. Chez une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de conjonctivite intense du côté gauche, j'ai vu très distinctement sept vaisseaux de la conjonctive qui se prolongeaient à plus d'une ligne sur la cornée.

A travers la rougeur de la conjonctive, il est ordinairement facile de distinguer la couleur blanche de la sclérotique. C'est là un signe qu'on ne doit pas perdre de vue, car il peut être d'un grand secours pour le diagnostic.

Outre ces caractères anatomiques, il en est de fonctionnels qui sont dignes de toute l'attention des praticiens. Ainsi la sécrétion muqueuse offre des variétés importantes à noter : tantôt le produit de cette sécrétion est clair, limpide, transparent; tantôt il est plus ou moins trouble, et se concrète facilement. Dans le premier cas, il s'épanche hors de l'œil en plus ou moins grande quantité, ruisselle sur la joue, et produit assez souvent par son âcreté un eczéma sur cette région. Dans le second, il est arrêté par les cils, et se concrète sur le bord libre des

paupières pendant le sommeil, de telle sorte qu'à leur réveil, les malades trouvent leurs paupières collées entre elles; phénomène que nous avons déjà observé en traitant de la blépharite. Quelquefois cette espèce de mucus vient se former en peloton au grand angle de l'œil.

Il importe d'ajouter que cette sécrétion peut ne point exister; ces cas sont rares, il est vrai; mais j'en ai observé plusieurs exemples à l'hôpital de la Charité. La conjonctive est alors sèche et offre un aspect luisant. Si cet état persistait quelque temps, on pourrait craindre que ce fût là le début d'une affection excessivement grave, désignée sous le nom de *xérophthalmie*, et dont nous nous occuperons bientôt.

Les douleurs éprouvées par les malades sont cuisantes et augmentées par le moindre mouvement des paupières. C'est ici encore cette sensation de petits graviers dont j'ai parlé en traitant de la blépharite muqueuse.

Plusieurs ophthalmologistes, de beaucoup de mérite d'ailleurs, ont prétendu que l'inflammation de la conjonctive est accompagnée de photophobie et de larmoiement. M. Carron du Villards lui-même dit que ces deux phénomènes existent dans les premiers degrés de la conjonctivite. Sans entrer dans de grands détails à ce sujet, nous dirons que cette assertion est contredite par une exacte et judicieuse observation. M. Velpeau a montré un très grand nombre de fois, dans ses leçons cliniques et au lit des malades, que la photophobie et le larmoiement ne sont nullement des symptômes de l'inflammation de la conjonctive, et qu'ils indiquent toujours une affection autre que celle de la mem-

brane muqueuse oculaire. Si on a avancé, dit M. Velpeau, que ces deux symptômes existent dans la maladie qui nous occupe, c'est que chez les sujets sur lesquels on a fait cette observation, la conjonctivite était accompagnée d'une autre lésion : c'est là d'ailleurs un fait que tous les praticiens éclairés sont à même de vérifier chaque jour.

Une remarque qu'il importe de ne point oublier, puisqu'elle peut être d'un grand secours pour établir un diagnostic différentiel, remarque qui s'applique d'ailleurs à toutes les nuances de la conjonctivite, sauf les cas où le chémosis s'avance trop sur la cornée, c'est que les fonctions visuelles ne sont nullement troublées; les malades distinguent très bien les objets. C'est là un fait dont on peut facilement se convaincre au lit des malades.

B. *Conjonctivite avec chémosis.* — Lorsque l'inflammation de la conjonctivite est portée à un haut degré d'intensité, on observe d'autres accidents qui donnent à la maladie un aspect tout particulier, digne de fixer toute l'attention. La conjonctive revêt alors une couleur vineuse violacée, à peu près uniforme, au milieu de laquelle il est impossible de distinguer les vaisseaux qui entrent dans sa composition, son tissu s'épaissit, les lames celluleuses qui doublent sa face interne et qui la séparent de la sclérotique s'infiltrent de sang; on n'aperçoit plus alors la couleur blanche de la sclérotique. Le devant du globe oculaire offre une surface fongueuse, livide, revêtue d'un pointillé semblable à celui qu'on observe dans la substance cérébrale à la suite d'une congestion du cerveau. Ce bour-

soufflement, cet épaississement de la conjonctive vient former autour de la cornée un bourrelet, un relief plus ou moins considérable. Ce bourrelet est quelquefois tel que la cornée est cachée en grande partie par lui. On conçoit qu'alors la vision peut être plus ou moins gênée. Cette limite, autour de la cornée du gonflement conjonctival, doit être notée; car si elle ne prouve pas d'une manière irrévocable que la membrane muqueuse oculaire se termine à la circonférence de la cornée, du moins elle met hors de doute que cette membrane contracte sur ce point une très grande adhérence avec les tissus sous-jacents.

Arrivée à ce point d'exaltation, la conjonctivite est presque toujours accompagnée de fièvre, de sécheresse de la peau, de douleurs de tête et de dérangement du tube intestinal.

Cet état inflammatoire de la conjonctive pourrait être comparé, sous plusieurs rapports, à l'érysipèle phlegmoneux que l'on observe dans les autres régions du corps. C'est là une première variété du *chémosis*: c'est le *chémosis inflammatoire* ou *phlegmoneux*.

Lorsque le gonflement de la conjonctive est porté à un degré très élevé, et qu'on ne l'attaque pas par les moyens énergiques dont nous parlerons bientôt, on s'expose à voir se former des étranglements partiels qui amènent la suppuration et souvent, avec elle, des phénomènes de gangrène. C'est ainsi qu'on a vu la cornée se gangrener tout à coup et tomber tout d'une pièce. Par ses belles recherches anatomiques, M. Dugès a montré d'une manière évidente le mécanisme par lequel s'opère cet étranglement. On peut d'ailleurs s'en rendre facilement compte,

si on se rappelle ce que j'ai dit sur la distribution des vaisseaux de l'œil.

On le voit, le *chémosis inflammatoire* est une affection qui est digne de fixer toute l'attention des praticiens dès le début.

Cet état de gonflement, de boursoufflement de la conjonctive, le *chémosis*, en un mot, est loin cependant d'être toujours le résultat du plus haut degré de l'inflammation, comme l'ont prétendu quelques auteurs. Il est bien reconnu aujourd'hui que le *chémosis* n'est pas, à proprement parler, une maladie, mais simplement un symptôme morbide, correspondant tantôt à l'état inflammatoire de la conjonctive dont nous venons de parler, tantôt à un autre état particulier qu'il nous reste à examiner; je veux parler du *chémosis séreux* ou *adémateux*.

Quelquefois, à la suite d'une inflammation légère, non-seulement chez les sujets d'une constitution lymphatique, mais aussi chez les individus jeunes et robustes, les lamelles celluleuses sous-conjonctivales s'infiltrent de sérosité, la membrane muqueuse oculaire s'épaissit, se boursouffle par l'accumulation de ce liquide dans son tissu. Sa couleur est d'un jaune-paille, plus ou moins foncé. On n'aperçoit plus, comme dans le cas précédent, cette tension des tissus, cette turgescence élastique. La conjonctive peut être, il est vrai, le siége d'un gonflement considérable; mais son tissu est mollasse, conservant presque l'impression du doigt. Cette variété du *chémosis* ne cause que peu de douleurs aux malades.

Ce sont là, comme on le voit, deux espèces de *chémosis* bien distinctes, qu'il importe de ne

point confondre dans la pratique, car elles ne réclament pas les mêmes médications.

C. *Conjonctivite partielle.* — L'inflammation ne comprend pas toujours la totalité de la conjonctive oculaire; elle peut être bornée à une partie de cette membrane. Lorsqu'elle ne dépend pas d'une cause traumatique, c'est ordinairement à l'un des angles de l'œil et plus particulièrement à l'angle externe qu'on l'aperçoit. C'est pourquoi on lui a donné le nom de *conjonctive angulaire.* Elle se présente sous la forme d'une plaque rouge, représentant une espèce de triangle dont la base se trouve tournée du côté de l'orbite, et le sommet se dirige vers la cornée. Cette plaque de grandeur variable, ressemble à une ecchymose légère; elle est sillonnée de petits vaisseaux tortueux, mobiles, dont quelques-uns, franchissant les limites de l'inflammation, se prolongent plus ou moins loin. C'est à la suite de cette inflammation qu'on observe quelquefois le ptérygion dont nous nous occuperons bientôt. Je n'entrerai pas dans plus de détails sur les caractères de cette variété de la conjonctivite qui, sauf les limites qui la circonscrivent est comparable de tous points à la conjonctivite *simple.*

D. *Conjonctivite papuleuse.* — A la suite de de l'inflammation de la conjonctive, on observe quelquefois à la surface de cette membrane des espèces de papules de volume variable, que l'on a confondues avec des ulcérations. Cette affection n'est pas très rare : j'en ai observé plusieurs exemples dans le service de M. Velpeau, et je me suis convaincu que ce ne sont point là des ulcérations, mais bien de simples aphthes, analogues à ceux qu'on observe sur la membrane

muqueuse de la bouche. Pour qu'il y eût ulcération, il faudrait que la membrane muqueuse, qui revêt ces papules, fût détruite : or, cette destruction n'a pas lieu. Ce sont tout simplement de petits gonflements partiels, très circonscrits, de la conjonctive. En frottant sur la membrane muqueuse des paupières, ces papules produisent une sensation de graviers d'un certain volume, situés entre l'œil et les paupières; elles sont aussi une cause perpétuelle d'irritation, si on ne s'efforce de les faire disparaître.

E. *Conjonctivite granuleuse.* — La plupart des caractères que j'ai indiqués en traitant de la blépharite granuleuse peuvent être appliqués de tous points à la conjonctivite du même nom. Cependant, comme cette dernière maladie offre des symptômes qui lui sont propres, je crois devoir entrer dans quelques détails. C'est particulièrement à cette variété, de même qu'aux inflammations de la conjonctive en général, qu'il faut rapporter ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'ophthalmie *catarrhale*. Je n'entrerai ici dans aucune discussion sur ce point. J'ai déjà dit que cette question sera traitée plus tard.

La conjonctivite *granuleuse* se présente à l'état aigu et à l'état chronique. Ce dernier état est, sans contredit, le plus fréquent; mais ce serait se refuser à l'évidence que de nier le premier. J'en ai observé plusieurs exemples dans le service de M. Velpeau. Pourquoi d'ailleurs les follicules de la membrane muqueuse oculaire ne seraient-ils pas sujets à s'enflammer primitivement, comme les follicules des autres tissus de même nature? Quoi qu'il en soit, voici les principaux caractères qu'on observe dans la conjonctivite granuleuse.

La surface de cette membrane est couverte d'une foule de granulations d'un volume variable; tantôt ces granulations sont rapprochées, agglomérées même dans certains points; tantôt elles sont séparées par un espace plus ou moins grand. Si la maladie persiste, la conjonctive revêt un aspect velouté. La sécrétion muqueuse est soumise aux mêmes variations que nous avons notées en traitant de la *blépharite granuleuse*. Tantôt en effet, cette sécrétion est augmentée, et alors son produit peut être ou limpide, ou trouble, ou même purulent. Tantôt au contraire elle est diminuée, ou momentanément abolie. Dans ce dernier cas, il y aurait à craindre le début d'une *xérophthalmie*.

La conjonctivite *granuleuse* donne assez souvent lieu à un épanchement de sérosité dans le tissu de la conjonctive, et de là à un *chémosis séreux*.

Je l'ai déjà dit, et ceci ne saurait être trop souvent répété, toutes les fois que la conjonctive est seule affectée, on n'observe ni photophobie, ni larmoiement. Les fonctions visuelles ne reçoivent non plus aucune atteinte des affections de cette membrane, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune autre lésion.

Telles sont les différentes nuances de la conjonctivite, admises par M. Velpeau. Qu'on ne trouve pas dans toutes ces divisions une pure invention de l'esprit; elles sont parfaitement légitimées par l'observation, et nous allons voir l'heureuse influence qu'elles exercent sur la pratique. Il ne faudrait pas croire pourtant que les diverses variétés, que nous venons de passer en revue, sont le plus souvent isolées. Ce sont là, au contraire, les cas les plus rares. On les trouve

presque toujours combinées l'une avec l'autre. Mais il est rare qu'une d'elles ne domine pas; et on devine sans peine que sous ce seul point de vue elles méritent une étude toute particulière. D'ailleurs, ce livre s'adresse surtout aux praticiens, et l'on va voir que chacune de ces variétés de la conjonctivite ne réclame pas les mêmes moyens thérapeutiques.

Il me reste maintenant à m'occuper des conjonctivites purulentes; mais comme ces dernières affections n'ont de commun avec les précédentes que le siége qu'elles occupent, je crois devoir faire précéder leur description du traitement qu'il convient d'appliquer à chacune des nuances de la conjonctivite que nous venons d'étudier.

Traitement de la conjonctivite.

La conjonctivite, comme toutes les autres affections chirurgicales, peut réclamer un traitement général et un traitement local. Celui-là s'adresse à la constitution des sujets, aux symptômes généraux que la maladie peut déterminer dans l'organisme. Celui-ci, au contraire, s'adresse à la lésion elle-même. Dans les diverses nuances de la conjonctivite que nous venons d'étudier, c'est du traitement local surtout qu'il faut espérer la guérison. Je ne veux pas dire par là qu'on doive rejeter les moyens généraux, tels que: saignées, bains, purgatifs, etc.; ce sont là des médications que des circonstances particulières, qu'il est facile de comprendre, rendent quelquefois utiles et même nécessaires. Mais ce que M. Velpeau a clairement démontré par une foule d'expériences faites à l'hôpital de la Charité, en présence d'un très grand nombre d'élèves, c'est

que ces moyens indirects aident sans doute la guérison dans plusieurs cas; mais que seuls ils sont le plus souvent incapables de la produire.

Ici encore, comme dans les différentes nuances de la blépharite, c'est aux remèdes locaux qu'il faut demander une guérison radicale. Nous allons voir que parmi ces moyens, c'est encore aux topiques astringents qu'il faut accorder la préférence.

Quoique le traitement des diverses variétés de la conjonctivite ne soit pas essentiellement différent, il subit cependant des modifications assez importantes pour que je croie nécessaire d'exposer avec quelques détails la médication particulière qui convient à chacune de ces affections.

A. *Traitement de la conjonctivite simple.* — Lorsque l'inflammation est légère, il suffit ordinairement de lotionner l'œil avec quelque liquide émollient, tels que : eau de guimauve, de graine de lin, eau tiède même, pour voir la maladie se dissiper après quelques jours. Mais pour peu que la phlegmasie soit intense, ces moyens sont insuffisants; il faut alors avoir recours aux topiques astringents sous forme de collyres. Le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, sont les substances le plus généralement employées par les praticiens. M. Velpeau s'est convaincu, après une foule d'expériences, que le collyre au nitrate d'argent mérite la préférence. J'ai été un très grand nombre de fois témoin des beaux résultats obtenus par ce moyen, et je ne puis trop engager les praticiens à en faire usage. En traitant de la blépharite muqueuse, je me suis assez longue-

ment étendu sur cette médication pour que je me dispense d'entrer ici dans des détails.

Si la phlegmasie est intense, et que le malade soit d'une constitution pléthorique, il convient de débuter par une ou deux saignées générales. Dans ces cas, M. Velpeau s'est quelquefois assez bien trouvé des saignées *coup sur coup*, d'après la méthode de M. Bouillaud. On peut aussi appliquer quelques sangsues aux tempes. Si l'on observe des symptômes d'embarras gastrique, il convient de faire usage des purgatifs; on doit au reste se comporter ici comme pour toutes les affections morbides.

B. *Traitement de la conjonctivite avec chémosis.* — Puisqu'il existe deux espèces de chémosis essentiellement différentes, il doit y avoir aussi un traitement particulier pour chacune d'elles.

Le chémosis *inflammatoire* ou *phlegmoneux* réclame avant tout un traitement anti-phlogistique plus ou moins énergique suivant la constitution des sujets et l'intensité de l'inflammation. Dans ces cas, M. Velpeau s'est plusieurs fois très bien trouvé de l'emploi des saignées dites coup sur coup. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant : Dans le mois d'avril 1837, un jeune forgeron, fort et vigoureux, couché au n° 17 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité, était affecté d'un chémosis considérable du côté gauche. Le boursoufflement de la conjonctive était porté si loin que la cornée était cachée dans presque toute son étendue, et que le bord libre des paupières, renversé en dehors, donnait à l'œil un aspect fongueux. M. Velpeau fait pratiquer cinq saignées dans l'espace de quarante-huit heures. Trois jours

après le chémosis avait complétement disparu ; il ne resta plus qu'une conjonctivite simple qui céda bientôt à l'emploi de la solution du nitrate d'argent à une dose assez élevée.

Mais s'il est vrai que les saignées *coup sur coup* ont fait disparaître en peu de temps des chémosis intenses, il convient d'ajouter que, dans un grand nombre de cas, les émissions sanguines seules, quelle que soit d'ailleurs la méthode que l'on adopte, sont insuffisantes, comme j'ai pu m'en convaincre dans le service de M. Velpeau. Aussi les chirurgiens ont-ils proposé d'aider les bons effets de cette médication par des moyens locaux. Une première idée devait naturellement se présenter à l'esprit ; c'était de tenter d'opérer le dégorgement des tissus enflammés ; elle n'a pas échappé aux chirurgiens. On sait que de tout temps on a proposé de pratiquer sur le bour-soufflement de la conjonctive des scarifications. Les anciens pratiquaient cette opération avec des épis de blé. Beaucoup vantées par Demours, employées presque généralement en Angleterre, les scarifications essayées quelquefois par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité n'ont pas paru dignes des éloges dont elles ont eté l'objet. On comprend facilement que ce moyen ne doit pas être exempt de dangers. Toutefois je dois ajouter que M. le professeur Sanson dit en avoir retiré de très bons effets ; et chacun sait que toutes les assertions de ce chirurgien doivent être prises en grande considération. Mais il existe une autre ressource qui procure le même résultat, et qui est loin d'offrir les mêmes dangers ; je veux parler des sangsues appliquées sur la conjonctive elle-même. En 1817, M. Velpeau fit à Tours, avec M. Bretonneau, plusieurs expériences

à ce sujet, et il a déclaré dans ses leçons s'être toujours très bien trouvé de l'emploi de ce moyen. Les sangsues doivent être appliquées l'une après l'autre sur la conjonctive, et maintenues en place soit avec les doigts, soit avec un petit verre bien transparent, de telle sorte qu'on puisse voir que la sangsue se fixe sur le chémosis lui-même, au lieu d'atteindre la cornée. En 1837, j'ai moi-même fait usage de ce moyen dans le service de M. Velpeau, chez un malade qui guérit dans peu de jours d'un chémosis très intense. Cependant il ne faudrait pas croire que M. Velpeau proscrive d'une manière absolue les scarifications dans le traitement du chémosis inflammatoire; il peut se rencontrer des cas où on doit en faire usage; mais ces cas sont rares; et le plus souvent le gonflement cède à l'emploi des saignées générales, et aux sangsues appliquées sur la conjonctive. Je dois ajouter que la cautérisation avec le nitrate d'argent en nature est aussi avantageuse, lorsque le gonflement inflammatoire a perdu de son intensité. On peut aussi appliquer des sangsues à la tempe et à l'apophyse mastoïde; mais il ne faut guère compter sur les bons effets de ce dernier moyen. Voici d'ailleurs le mode de traitement adopté par M. Velpeau. Dès le début, il pratique une ou plusieurs saignées suivant les cas, et fait une ou plusieurs applications de sangsues à langle externe de l'œil. Si ces moyens sont insuffisants pour juguler l'inflammation, il fait une ou plusieurs applications de sangsues sur la conjonctive. Il est rare que le chémosis résiste à cette dernière médication. Lorsque le gonflement a diminué, et que la phlegmasie a perdu de son intensité, il pratique une ou deux cautérisations avec le crayon de

nitrate d'argent, après quoi il dissipe les derniers symptômes de la maladie à l'aide de la solution de nitrate d'argent employée de la même manière que je l'ai indiqué plus haut. C'est par l'usage de ces moyens sagement combinés que j'ai vu plusieurs fois M. Velpeau guérir en peu de jours des chémosis très intenses.

La seconde variété du chémosis, le chémosis *séreux* ou *œdémateux* est loin de réclamer la même médication. La nature de la maladie n'étant point ici essentiellement inflammatoire, ce n'est plus aux émissions sanguines qu'il faut avoir recours. Ce sont les purgatifs qui doivent constituer la base du traitement; et parmi ces moyens, celui qui mérite la préférence est sans contredit le calomel à dose rasorienne. Toutefois, et ceci ne doit pas être oublié, dans le plus grand nombre de cas, cette médication ne suffit pas à elle seule pour amener une guérison complète. Lorsque le gonflement a disparu en partie, et même dès le début, les astringents doivent être employés. Ce seront eux qui produiront la terminaison heureuse et définitive de la maladie. Ici encore c'est la solution de nitrate d'argent qui mérite la préférence. Je dois ajouter néanmoins que cette variété du chémosis est généralement plus tenace que la précédente; et qu'on doit s'attendre à voir persister les derniers symptômes de la maladie pendant un temps plus ou moins long.

C. *Traitement de la conjonctivite partielle.* — Les moyens thérapeutiques sont ici les mêmes que dans la conjonctivite simple. Il suffit de savoir que, dans la variété dont je parle, la solution de nitrate d'argent doit être employée avec plus de ménagement, et qu'on doit, autant

que possible, faire en sorte que le liquide astringent ne touche que les points de la conjonctive qui sont le siége de l'inflammation.

D. *Traitement de la conjonctivite papuleuse.* — Cette variété est sans contredit plus difficile à dissiper que celles que nous venons d'examiner. Les solutions astringentes sont très souvent insuffisantes. Dans les expériences faites par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité, la solution de nitrate d'argent à une dose assez élevée n'a été que d'une utilité très faible. C'est au nitrate d'argent en nature qu'il faut avoir recours en pareils cas. Lorsqu'on pratique cette cautérisation, il faut avoir soin d'instiller de l'eau fraîche sur la partie cautérisée, immédiatement après l'opération. Par ce moyen, on s'oppose à ce que le caustique atteigne les parties saines. Il importe en outre d'être prévenu d'un phénomène qui accompagne ordinairement l'emploi de ce moyen : les deux ou trois jours qui suivent la cautérisation, les symptômes s'aggravent et la maladie semble redoubler d'intensité. N'ayez aucune crainte : bientôt un mieux sensible se fait sentir, et après une ou plusieurs cautérisations, la maladie prend évidemment une direction heureuse. Toutefois il faut bien savoir que, dans un grand nombre de cas, la guérison se fait attendre pendant un temps plus ou moins long.

E. *Traitement de la conjonctivite granuleuse.* — D'après ce que j'ai dit sur le siége et les symptômes de cette affection, il est facile de comprendre qu'elle doit être très-tenace. L'expérience ne vient d'ailleurs que trop souvent à l'appui de cette idée. Toutefois je dois ajouter que la conjonctivite *granuleuse* n'offre pas une

aussi longue résistance aux médications que la blépharite de même nom. Tel est du moins le résultat des observations de M. Velpeau. Nous ne nous arrêterons pas à rechercher la cause de cette différence. C'est là l'expression de faits bien observés; et il n'en faut pas davantage dans la pratique.

Le traitement de la conjonctivite *granuleuse* repose sur les mêmes bases que celui de la blépharite du même nom. Pour éviter des répétitions inutiles, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de renvoyer le lecteur à ce que j'ai dit sur les moyens que la thérapeutique met à la disposition des chirurgiens contre cette dernière affection. Toutefois je ne puis passer sous silence certaines considérations importantes dans la pratique. Ainsi j'ai dit, en traitant de la blépharite *granuleuse*, que cette affection ne cédait que rarement aux collyres astringents, et que dans la plupart des cas on était obligé d'avoir recours aux caustiques en nature. M. Velpeau pense que, dans la conjonctivite *granuleuse*, ce dernier moyen n'est que rarement nécessaire, et que le plus souvent les collyres astringents portés à une dose élevée amènent la guérison. J'ai été plusieurs fois à même de me convaincre de la justesse de cette idée. Parmi les nombreux malades affectés de conjonctivite granuleuse que j'ai observés dans le service de M. Velpeau, je ne me rappelle que trois ou quatre cas où ce chirurgien a eu recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent. Il est bien entendu que ceci ne s'applique en aucune manière aux granulations qui dépendent d'une des conjonctivites *purulentes* que nous allons bientôt examiner. On comprend en outre que dans le traitement

de l'affection qui nous occupe, toutes les espèces de pommades doivent être évidemment mises de côté. Sauf ces modifications, la conjonctivite *granuleuse* doit être soumise au même traitement que l'inflammation des follicules muqueux de la conjonctive palpébrale.

Conjonctivites purulentes.

Toutes les affections, que les auteurs ont décrites sous le nom d'*ophthalmie purulente*, peuvent se réduire, quant à leur siége primitif, à deux variétés principales : 1° la blépharite *purulente* ; 2° la conjonctivite *purulente*. J'ai déjà donné les raisons qui ont porté M. Velpeau à faire cette distinction ; je n'y reviendrai pas.

L'inflammation purulente de la conjonctive règne souvent d'une manière épidémique. Il est peu de pays en effet où elle n'ait exercé quelque ravage. Aussi la science possède plusieurs travaux intéressants sur ce sujet. Chaque épidémie a eu son historien ; mais, il faut bien le dire, chacun d'eux, entraîné par l'appréciation trop minutieuse de certains symptômes, et peut-être aussi par le goût instinctif de la nouveauté, a été tenté de trouver dans la maladie qu'il avait observée une affection morbide nouvelle. Aussi serait-on porté, à une première lecture de leurs travaux, d'admettre une foule de variétés de conjonctivites *purulentes*. Cependant, si on examine avec soin et sans prévention aucune, les descriptions qu'ils donnent, on se convaincra facilement que, sans forcer l'analogie, et sans nuire à la pratique, on peut rapporter les conjonctivites purulentes à deux nuances principales : la conjonctivite *blennorrhagique* et la

conjonctivite *purulente d'Égypte*. Je ne m'arrêterai donc pas à passer en revue les différentes descriptions des épidémies d'ophthalmie purulente, observées dans différents pays. Ceux qui pourraient conserver quelques doutes sur l'identité à peu près complète de l'ophthalmie purulente observée dans différentes contrées, les dissiperont facilement en établissant un parallèle entre les descriptions diverses qui en ont été données. Il leur sera facile de se convaincre que, dans la pratique, on peut, sans danger pour les malades, mettre de côté toutes les distinctions qui ont été établies sur ce point.

Conjonctivite blennorrhagique. — Quoique cette affection ait été l'objet d'une foule de recherches, il s'en faut pourtant que les auteurs soient d'accord sur le mécanisme de sa production. Les uns prétendent qu'elle est le résultat d'une métastase de la blennorrhagie urétrale sur la membrane muqueuse oculaire; les autres l'attribuent au contact de la matière de l'écoulement urétral avec la conjonctive; d'autres enfin la regardent comme la suite d'une infection générale syphilitique. Je ne passerai pas en revue chacune de ces opinions pour montrer leur plus ou moins grande valeur. Qu'il me suffise de dire que chacune d'elles paraît être appuyée sur des faits plus ou moins nombreux, plus ou moins concluants. Toutefois je ne sais pas jusqu'à quel point il est vrai de dire que la conjonctivite *blennorrhagique* peut être la suite d'une infection syphilitique. M. Velpeau est loin de croire à cette cause de développement de la maladie qui nous occupe; et je crois que la majorité des chirurgiens partage la même opinion. La doctrine la plus plausible est sans contredit

celle de l'inoculation directe; mais la science possède des faits qui se rapportent à la métastase; et chacun sait que tout raisonnement doit cesser en présence des faits. Resterait maintenant à savoir si ces faits sont exacts et authentiques. Mais, comme on le pense bien, leur examen me conduirait trop loin.

Si le mode de développement de la conjonctivite blennorrhagique n'est pas encore parfaitement connu, il n'en est pas de même de la nature de cette affection. Il n'est plus permis aujourd'hui de douter de sa nature blennorrhagique trop de faits viennent à l'appui de cette idée. Ce point de départ doit nous suffire.

Étudions maintenant les symptômes qui caractérisent cette affection.

Il arrive assez souvent que la maladie fait des progrès si rapides qu'il est impossible d'en suivre la marche dans toutes ses phases : en moins de vingt-quatre heures, l'œil peut être perdu sans ressource, et cela sans que le chirurgien ait pu opposer le moindre obstacle. Mais, je me hâte de le dire, il n'en est pas toujours ainsi. La maladie a alors une marche qui peut être étudiée. Ce sont ces cas qu'il importe de bien connaître. J'en ai observé quelques exemples dans le service de M. Velpeau. Toutefois, disons-le par anticipation, la conjonctivite blennorrhagique est toujours une maladie qui ne permet pas au chirurgien de temporiser; il faut agir promptement et avec énergie.

Lorsque la conjonctivite blennorrhagique se développe avec une rapidité modérée, les caractères qui la décèlent aux yeux de l'observateur, sont les suivants :

La conjonctive oculaire revêt rapidement

une couleur uniformément rouge, d'une teinte de cinabre; tantôt cette couleur devient plus foncée et approche de celle de la lie de vin. Il n'est plus possible alors de distinguer les vaisseaux. Le tissu de la conjonctive, et les lamelles celluleuses interposées entre cette membrane et la sclérotique se gorgent de sang, se boursoufflent. La surface libre de la muqueuse, d'abord lisse et polie, devient bientôt veloutée, se couvre de granulations de volume variable, depuis un grain de millet jusqu'à un petit pois. C'est là un véritable chémosis avec toutes ses conséquences.

Les tissus palpébraux sont aussi envahis par l'inflammation. Ces voiles membraneux se gonflent considérablement, leur face cutanée devient rouge, brûlante, comme infiltrée de sérosité roussâtre; les malades ressentent dans cette région une douleur cuisante. Le plus souvent, la tuméfaction est beaucoup plus prononcée sur la paupière supérieure que sur la paupière inférieure, de telle sorte que le voile supérieur vient s'imbriquer plus ou moins sur l'inférieur. Quelquefois néanmoins le gonflement est plus prononcé vers la face muqueuse des paupières, que vers leur face cutanée; on observe alors un ectropion. Le devant de l'œil représente ainsi une surface fongueuse, granulée, mollasse, au centre de laquelle se trouve la cornée cachée en plus ou moins grande partie par le développement de la conjonctive.

Mais le caractère capital, pathognomonique, de cette espèce de conjonctivite, se trouve dans l'écoulement d'un mucus épais, d'un jaune verdâtre, puriforme, comparable de tous points à celui qui est le résultat d'une blennorrhagie proprement dite. Ce liquide purulent coule ordi-

nairement en grande abondance; il suffit d'écarter les paupières pour en voir ruisseler en nappe sur la joue, une quantité plus ou moins considérable, que le gonflement des paupières tenait emprisonnée entre elles. Il est d'une âcreté telle qu'il excorie la peau de la joue avec laquelle il est en contact. Ici encore lorsque la maladie est bornée à la conjonctive, les fonctions visuelles ne sont point altérées, elles ne sont que plus ou moins gênées par le chémosis.

Tels sont les caractères à l'aide desquels il est toujours facile de reconnaître la conjonctivite blennorrhagique. Mais je n'aurais donné qu'une idée tout à fait imparfaite de cette affection, si je ne la présentais que sous cet état le plus simple.

En effet, l'inflammation ne se borne pas toujours à la conjonctive; le plus souvent elle envahit la cornée. Or, c'est là une complication toujours plus ou moins grave, contre laquelle le chirurgien doit prendre toutes les précautions possibles. Malheureusement, il n'est pas toujours en son pouvoir de la prévenir, puisqu'il suffit quelquefois de quelques heures pour que la cornée, naguère saine et diaphane, soit complétement détruite, et que l'œil soit vidé. Cependant il est des cas où le chirurgien peut suivre la marche de cette complication. Voici alors les symptômes qui la caractérisent. Il est inutile de répéter qu'ils se développent toujours avec une étonnante rapidité. La cornée revêt d'abord une couleur d'un gris-blanchâtre : dès lors la vision devient trouble, c'est ce que le malade exprime en disant, que des nuages obscurcissent sa vue. Le tissu cornéal s'infiltre d'un liquide opaque. Sa surface libre se couvre d'une matière pulpeuse, facile à enlever. Bientôt du pus succède à cette

matière; il s'établit alors une ulcération plus ou moins large, à bords taillés à pic, qui gagne en profondeur et finit par perforer la cornée. Alors l'œil se vide, l'iris s'engage dans l'ouverture cornéale, et l'intérieur de l'œil, envahi par l'inflammation, entre en pleine suppuration.

Une observation que je dois noter ici, observation qui n'a pas échappé aux auteurs, c'est que souvent, dans la conjonctivite blennorrhagique, lorsque la quantité de mucus est considérable, de nature réellement purulente, et que par son âcreté ce liquide produit sur la peau des joues de longues traînées inflammatoires, la cornée reste parfaitement intacte; tandis que si la matière de l'écoulement est peu abondante, blanchâtre, crémeuse, et sans action corrosive sur la peau, on observe souvent le terminaison fâcheuse dont je viens de parler. Deux malades que j'ai observés dans le service de M. Velpeau, vers la fin de l'année 1838, sont venus confirmer de tous points cette idée. Il ne faudrait pas croire pourtant que ce soit là une règle générale. Une semblable opinion pourrait être bien souvent trompeuse.

Quelque dangereuse que soit la conjonctivite blennorrhagique, il est vrai de dire pourtant que la perte de l'œil n'en est pas toujours le résultat. J'ai observé quelques cas dans le service de M. Velpeau, où la guérison est survenue sans aucun accident sérieux. Il est vrai de dire pourtant que ces malades avaient réclamé des soins dès le début de la maladie; chez l'un d'eux même, l'affection s'était développée dans l'hôpital. Un traitement énergique, sagement dirigé, peut en effet juguler l'inflammation à son début,

et la guérison s'obtient alors par les moyens locaux dont nous allons parler.

Dans les cas les plus heureux, c'est-à-dire lorsque la maladie se termine par résolution, on aperçoit que le liquide purulent épanché devient chaque jour moins épais, moins abondant. Peu à peu le gonflement s'affaisse; mais la résolution complète, la guérison radicale, se fait toujours plus ou moins attendre. C'est ainsi que les malades conservent sur la conjonctive une rougeur plus ou moins prononcée; les follicules muqueux restent indurés, volumineux; une matière gluante, demi-purulente, continue à couler, et la moindre cause peut rappeler la maladie primitive. On comprend que cet état réclame encore tous les soins du chirurgien; nous verrons bientôt le traitement qu'il convient de lui appliquer.

On observe aussi quelquefois, à la suite de la conjonctivite blennorrhagique, des taches sur la cornée; et c'est là toujours un obstacle plus ou moins grand à la vision. Ces taches sont, il est vrai, le plus souvent incurables; cependant la science possède des faits de guérison spontanée. Un cas remarquable de ce genre est rapporté par Vetch. Si j'insiste si peu sur ces lésions de la cornée, comme conséquence de la conjonctivite blennorrhagique, c'est que nous aurons à nous en occuper avec détails en traitant des affections de cette membrane.

Traitement de la conjonctivite blennorrhagique. — Si l'on a bien compris ce que je viens de dire sur la conjonctivite blennorrhagique, il sera facile de deviner quelle doit être ici la conduite du chirurgien. Le moindre retard, le manque d'énergie dans la médication sont le plus souvent funestes. C'est à son début qu'il faut

attaquer énergiquement l'inflammation pour la juguler ; plus tard il n'en est malheureusement plus temps. Le plus souvent alors les moyens thérapeutiques les plus convenables et les mieux dirigés ne peuvent arrêter les progrès rapides du mal.

Tout porte à penser que si les chirurgiens étaient appelés dès que les premiers symptômes de la maladie commencent à paraître, on pourrait arrêter son développement à l'aide de quelque collyre légèrement astringent. Toutefois les conjonctivites purulentes sont, sans contredit, le genre d'ophthalmie qui réclame le plus impérieusement un traitement général. Dès le début, le chirurgien doit avoir recours aux émissions sanguines abondantes et répétées. C'est ici que les saignées dites *coup sur coup*, poussées quelquefois jusqu'à la syncope, produisent souvent les plus heureux résultats. M. Velpeau dit s'être plusieurs fois très bien trouvé de l'emploi de ce moyen. J'ai observé moi-même dans le service de ce chirurgien quelques cas remarquables de guérison obtenue par cette méthode de traitement. Mais je dois dire aussi que je l'ai vue échouer. Il faut donc commencer par diminuer, autant que possible, le torrent circulatoire par des saignées larges et répétées. Mais ce n'est pas tout; il faut aussi agir d'une manière plus directe sur le mal en dégorgeant les tissus affectés. Pour atteindre ce but on a proposé plusieurs moyens : les sangsues autour de l'orbite, aux apophyses mastoïdes, l'ouverture temporale et les scarifications de la conjonctive.

M. Velpeau ne pense pas que les sangsues puissent être d'un grand secours ici. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive mettre de côté ce moyen; mais il ne faut pas lui accorder une trop

grande confiance. Des ventouses scarifiées seraient *peut-être* préférables. Quand à l'artériotomie, M. Velpeau croit qu'elle ne doit pas être prise en grande considération. Lorsque les saignées ne suffisent pas pour juguler l'inflammation, il est peu probable que l'ouverture de la veine temporale ait un plus heureux résultat. Toutefois l'artériotomie n'a pas encore été essayée assez souvent par M. Velpeau, pour qu'il puisse la juger d'une manière definitive. Les scarifications, préconisées de nos jours par M. Sanson, ont assez souvent des conséquences graves qui doivent rendre les chirurgiens très réservés dans leur emploi. Ce chirurgien a aussi proposé de combiner l'excision de la conjonctive avec la cautérisation ; et il s'est souvent applaudi d'avoir eu recours à ce procédé. Des faits assez nombreux, recueillis dans son service, attestent l'efficacité de ce mode de traitement. Quoi qu'il en soit, M. Velpeau préfère encore ici des applications répétées de sangsues sur la conjonctive. C'est là, à son avis, un moyen aussi sûr et beaucoup moins dangereux.

S'il n'existe aucune contre indication, on doit aider l'action des saignées, en portant une irritation assez vive sur le tube intestinal au moyen des purgatifs.

Lorsque, par des émissions sanguines, générales et locales, on est parvenu à calmer l'inflammation, il faut avoir recours à d'autres moyens pour compléter la guérison ; car, s'il est vrai de dire que le traitement dont je viens de parler est nécessaire pour favoriser la terminaison heureuse de la maladie, il faut être bien convaincu aussi, que seul il ne pourrait pas le plus souvent la produire ; mais auparavant il

importe de dire quelques mots sur un mode de traitement particulier.

Des chirurgiens se fondant sur la nature gonorrhéïque de la maladie, ont proposé des moyens thérapeutiques que je ne puis passer sous silence. Ainsi, l'on a proposé de rappeler l'écoulement de l'urètre, à l'aide de plusieurs moyens : les uns ont proposé pour atteindre ce but, de porter dans ce canal une bougie imprégnée du fluide gonorrhéïque; les autres ont dit que la présence seule d'une bougie suffisait pour déterminer l'écoulement. Des faits assez nombreux prouvent, il est vrai, qu'en provoquant une irritation de l'urètre, et en rappelant l'écoulement dans ce canal, on diminue l'inflammation et l'écoulement oculaires. Mais d'un côté, il est évident que cette indication ne peut exister que quand la conjonctivite blennorrhagique est métastatique, c'est-à-dire, quand elle est survenue immédiatement après la diminution ou la suppression totale de l'écoulement urétral; et, d'un autre côté, pense-t-on qu'il y aurait de la prudence à attaquer par un moyen de cette nature, une maladie dont les progrès sont si rapides?

On a aussi proposé de traiter la conjonctivite blennorrhagique par les mêmes moyens internes que l'on emploie contre la gonorrhée; mais il est évident que l'action d'une pareille médication est trop lente pour le début de la maladie; ce n'est que lorsque l'inflammation a perdu de sa première intensité, que cette méthode de traitement pourrait produire de bons résultats. Dans quelques cas de ce genre, M. Velpeau a eu recours avec avantage à l'emploi du cubèbe et du copahu à hautes doses. Encore faut-il ajouter

qu'il n'est pas prouvé que les succès obtenus soient entièrement dus à cette médication, puisqu'on faisait en même temps usage de moyens qui à eux seuls amènent assez souvent la guérison.

C'est donc en définitive par des saignées générales, copieuses et répétées à des espaces très rapprochés, que la conjonctivite blennorrhagique doit être attaquée dès le début. Leur action sera favorablement aidée par les émissions sanguines locales dont j'ai parlé plus haut. Lorsque l'inflammation a été pour ainsi dire jugulée, il faut avoir recours aux collyres astringents, ou à la cautérisation suivant les cas. Je dois ajouter qu'alors la maladie peut être, il est vrai, plus ou moins rebelle, mais le plus souvent on n'a plus à redouter d'accidents sérieux. Il arrive assez souvent, comme je l'ai déjà dit, qu'à la suite de la conjonctivite blennorrhagique, la membrane muqueuse oculaire reste couverte de granulations plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses. Il est rare que dans ces cas l'action des collyres astringents soit assez puissante, il faut avoir recours à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. J'ai déjà indiqué les précautions qu'exige cette cautérisation : je n'y reviendrai pas. Si ce moyen n'est pas suffisant, on peut pratiquer l'excision de la portion granulée de la conjonctive. Mais cette opération n'est pas toujours exempte de dangers; on ne doit en faire usage que quand tous les autres moyens ont échoué.

Conjonctivite purulente d'Egypte. — C'est à cette variété de conjonctivite, que je crois pouvoir rapporter toutes les épidémies de ce genre observées dans différents pays. En consultant les nombreux travaux qui ont été publiés à ce

sujet, il est facile de se convaincre que les vues de M. Velpeau sur ce point sont parfaitement exactes.

Ce n'est que depuis le retour de l'expédition d'Égypte, que l'affection qui nous occupe a fixé l'attention des chirurgiens européens d'une manière particulière. Mais elle était connue en Europe bien avant cette époque, comme il est facile de s'en convaincre en lisant la traduction du Mémoire d'Eble, publiée par MM. Florent-Cunier et Von Kriss. Il n'est plus permis de douter aujourd'hui qu'elle n'ait été importée par les armées Française et Anglaise.

Le caractère épidémique de la conjonctivite purulente d'Égypte, n'est plus aujourd'hui contesté par personne; et, malgré l'expérience de M. Mackely, faite sur lui-même et citée par M. Lawrence, personne n'élève plus de doutes sur sa contagion; trop de faits la prouvent de la manière la plus évidente.

L'étiologie de cette affection a beaucoup occupé les auteurs. Considérée seulement en Égypte, cette affection trouve une cause satisfaisante dans la nature du climat. Mais depuis qu'elle a été observée dans d'autres pays on s'est livré à de nouvelles recherches sur ce point. Ainsi, on a dit, à propos de l'ophthalmie belge, que la maladie était due à ce que les soldats portent des schakos trop lourds, à l'habitude qu'ils ont de se laver la tête avec de l'eau froide, et à ce que le cou est trop serré par leur col exigé pour l'uniforme. Ce sont là, il faut le dire, de bien faibles raisons, car enfin toutes ces causes ont toujours existé, et la maladie ne règne dans le pays, que depuis un certain nombre d'années. La cause donnée par M. Vanhonsbroock, ainsi

qu'une foule d'autres que je ne mentionnerai pas ici, ne sont pas plus rationnelles. Cet auteur pense que la maladie est due à ce que les soldats, en frottant leur buffleterie, introduisent dans leurs yeux des substances irritantes. Mieux vaut, sans doute, avouer que la cause première nous échappe ici comme dans une foule d'autres circonstances.

Quoi qu'il en soit, cette espèce de conjonctivite purulente a plusieurs rapports intimes avec la conjonctivite blennorrhagique, comme on pourra facilement s'en convaincre par la description que nous allons en donner. Ainsi, c'est la même rapidité dans le développement des symptômes, la même gravité, et les mêmes conséquences. Il existe pourtant un caractère différentiel qui a été noté par les auteurs. La conjonctivite d'Égypte envahit ordinairement les deux yeux, assez souvent cependant à quelques jours d'intervalle. Dans la conjonctivite blennorrhagique, il n'y a, le plus ordinairement, qu'un seul œil qui se trouve affecté.

Si les descriptions de cette maladie données par les auteurs sont exactes, et tout porte à le croire, dans un grand nombre de cas sa marche est ou ne peut plus insidieuse. Rien n'indique alors la prochaine apparition du mal. Mais tout à coup, un œil se prend, bientôt tous les deux, et quelques jours suffisent pour détruire ces deux organes, sans que l'art puisse être d'aucun secours. Toutefois, hâtons-nous de le dire, il n'en est pas toujours ainsi, et les auteurs ont été à même d'étudier la marche de cette affection.

Lorsque la conjonctivite purulente d'Égypte se développe avec une rapidité modérée, les symptômes se succèdent dans l'ordre suivant :

les malades commencent par éprouver une vive démangeaison sur le devant de l'œil. Les auteurs disent que c'est ordinairement le soir qu'apparaît ce premier phénomène. Bientôt une forte sensation de gravier semblable à celle dont j'ai si souvent parlé, succède à cette démangeaison; dès lors la conjonctive oculo-palpébrale s'enflamme, son tissu s'épaissit, se boursouffle, la caroncule lacrymale prend un accroissement plus ou moins considérable. Les lames celluleuses qui doublent la face interne de la conjonctive oculaire, se gorgent de liquide, et cette membrane ainsi boursouflée, d'un rouge brunâtre, vient former autour de la cornée un bourrelet plus ou moins volumineux. C'est là en définitive un chémosis avec toutes ses conséquences. Alors les douleurs qu'éprouvent les malades sont atroces et leur arrachent des cris qui, au dire des auteurs, s'entendent de fort loin. Il n'est pas rare d'observer des hémorrhagies plus ou moins abondantes sur les tissus engorgés. Cet écoulement de sang diminue alors l'engorgement et soulage les malades. Ce sont là les premiers symptômes de la maladie. Bientôt un écoulement de mucus légèrement visqueux, à peine opaque, s'établit. Peu à peu cette matière s'épaissit, blanchit, et devient en tout semblable à du pus muqueux. Dès lors, la cornée se prend; cette membrane perd sa transparence, puis se ramollit et finit enfin par s'ulcérer et se perforer; de là, l'évacuation des humeurs de l'œil, et souvent même la suppuration de cet organe. Les paupières sont considérablement tuméfiées et offrent l'aspect que j'ai décrit en parlant de la conjonctivite blennorrhagique. Ce gonflement s'observe surtout à la paupière supérieure qui

vient s'imbriquer sur l'inférieure. Si on écarte ces voiles membraneux, une quantité considérable de pus s'épanche au dehors. La peau des joues est irritée par ce liquide. Il arrive assez souvent que le boursoufflement de la conjonctive oculaire est tel que cette membrane, d'aspect fongueux, s'interpose entre le bord libre des paupières et vient faire saillie au devant de l'œil. C'est alors que le contact de l'air avec cette surface produit une sécrétion purulente des plus abondantes. Le docteur Vetch, dans un cas de ce genre, a évalué la quantité de pus à plusieurs onces par jour.

Pendant l'intensité des phénomènes que je viens de décrire, les malades sont en proie à une fièvre ardente, à l'insomnie et quelquefois à un délire furieux. On dit même que, malgré leur état, on les voit s'enfuir et courir dans les champs.

Je dois ajouter que l'état granuleux de la conjonctive qui a été noté par les auteurs, ne s'observe le plus souvent que lorsque l'inflammation a perdu de son intensité, et que la sécrétion purulente a diminué. Il paraîtrait même que ce phénomène ne serait pas constant. M. Carron du Villards dit avoir observé plusieurs cas où les granulations manquaient totalement.

Tels sont les symptômes notés par les auteurs.

Quelque dangereuse que soit cette affection, il est vrai de dire pourtant qu'elle n'est pas toujours au-dessus des ressources de l'art. Dans les cas heureux, c'est le produit de la sécrétion qui indique une amélioration et une terminaison heureuse. Ce produit devient moins épais, revêt une couleur de plus en plus blanchâtre, et reprend peu à peu l'aspect qu'il offrait à son début, et finit par disparaître. Le gonflement conjonctival

s'affaisse peu à peu, mais cette membrane reste, pendant un temps plus ou moins long, rouge, villeuse ou granulée. Dans la majorité des cas tout ne rentre pas dans l'état normal; la cornée conserve un obscurcissement plus ou moins prononcé, la conjonctive reste granulée; c'est ce qui explique les nombreuses récidives que l'on observe.

S'il est vrai de dire que la conjonctivite purulente d'Égypte, n'est le plus souvent dangereuse que pour l'organe affecté, il convient d'ajouter que la vie elle-même est quelquefois compromise. La science possède plus d'un cas de mort. Dans ces cas la terminaison fatale arrive à la suite d'une diarrhée opiniâtre et du marasme.

Traitement. — Sauf les indications qui se rapportent à la nature gonorrhoïque de la conjonctivite blennorrhagique, les moyens thérapeutiques que réclame l'affection qui nous occupe reposent, à peu de diférence près, sur les mêmes bases. C'est ainsi qu'il faut avoir recours avant tout aux émissions sanguines, générales, abondantes, portées même jusqu'à la syncope. C'est là, d'après les auteurs, l'ancre de salut; on est même allé jusqu'à dire qu'il faut tirer à la fois soixante onces de sang. On favorise l'action des saignées en portant une irritation assez vive sur le tube intestinal, à l'aide de purgatifs drastiques, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune contre-indication. Si l'inflammation ne cède pas à ces moyens généraux, il faut alors faire usage des saignées locales. Lorsqu'on est appelé dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie, on peut arrêter son développement par de légers astringents. Durant l'épidémie de Malte et de

Sicile, les chirurgiens anglais ont obtenu d'excellents résultats de l'eau pure acidulée avec du jus de citron. M. Carron du Villards dit que, dans la pénible campagne que fit l'équipage du Louqsor, pour rapporter le monolithe de ce nom, tout l'équipage fut atteint d'un commencement d'ophthalmie qui céda toujours à l'usage d'une eau astringente fabriquée par un maître charpentier du navire. L'analyse de cette eau a démontré que c'était une solution de sulfate d'alumine.

Si ces moyens peuvent être suffisants avant l'apparition du pus, il est évident qu'il faut avoir recours à des astringents plus actifs, lorsque la sécrétion purulente a commencé. Ici encore on s'accorde à reconnaître les bons effets du collyre au nitrate d'argent porté à une dose élevée. Si le boursoufflement de la conjonctive est considérable, les caustiques liquides doivent être mis de coté; il faut alors inciser largement cette membrane, et cautériser ensuite avec la pierre infernale. M. Velpeau pense que les sangsues appliquées sur la conjonctive seraient très avantageuses en pareil cas. William Adams excisait la conjonctive, et appliquait sur la face interne des paupières une couche de la pommade suivante :

℞. Nitrate d'argent fondu pulvérisé,
Bleu de Prusse, ãa 20 grains.
Axonge, un gros.
Blacks-drops, 20 gouttes.
Faites s. a. une pommade.

M. Littell, de Maryland, pour prévenir les granulations, conseille l'usage du collyre suivant :

℞ Acide acétique, 2 gros.
Eau de fontaine, 1/2 once.
Sur-acétate de plomb, 1 scrupule.
Teinture d'opium, 1 gros.
Mêlez.

La compression a été aussi conseillée contre la conjonctivite d'Égypte, et il paraît que les indigènes de l'Orient se trouvent très bien de l'emploi de ce moyen pendant huit jours; après quoi ils font usage de poudres astringentes et de collyres de même nature. On sait en outre que M. Piorry s'est plusieurs fois très bien trouvé de la compression pendant l'épidémie de la maison de Refuge.

En Europe, les diaphorétiques ont toujours paru avantageux. Sous ce rapport la poudre de Dower à haute dose, l'acétate d'ammoniaque, l'opium à doses très élevées produisent de bons résultats.

Quant aux complications de l'ophthalmie d'Égypte telles que l'ulcération de la cornée, le prolapsus de l'iris, etc., nous n'en dirons rien ici, elles seront étudiées plus tard.

Lorsque la maladie est passée à l'état chronique, on a conseillé de faire dans l'œil des instillations de vin, d'opium, ou de teinture thébaïque. On peut aussi, à cette période de la maladie et surtout lorsqu'il existe des granulations, retirer de grands avantages de l'application de vésicatoires sur les paupières.

Modifications organiques de la conjonctive, suite de son inflammation.

Nous avons à nous occuper ici du ptérygion, du pannus de la conjonctive et de la xérophthalmie.

Ptérygion.

Les auteurs désignent ainsi une excroissance un épaississement de la conjonctive, de forme triangulaire, à base tournée du côté de l'orbite et dont le sommet est dirigé du côté de la cornée. Cette forme triangulaire constitue le caractère distinctif du ptérygion. On a cru pendant longtemps qu'il y avait, dans cette maladie, des tissus de nouvelle formation. C'est là une erreur dont les chirurgiens modernes ont fait justice. Le ptérygion dépend uniquement d'un développement plus ou moins considérable des tissus de la conjonctive. C'est ainsi que le chémosis inflammatoire, dont j'ai déjà parlé, est un ptérygion aigu. Quant à la forme triangulaire que prend ici la maladie, il est assez facile d'en expliquer le mécanisme, d'un côté par le plus grand nombre de vaisseaux placés dans le point qu'ils occupent, de l'autre par la laxité très prononcée de la conjonctive du côté de l'orbite et par son adhérence à la sclérotique, adhérence qui est d'autant plus prononcée qu'on approche plus près de la cornée.

Dans la plupart des cas, on n'observe qu'un seul ptérygion sur le même œil. Il n'est pas rare pourtant d'en observer deux et même trois. Chez deux malades observés, l'un par le docteur Cunier et l'autre par Wardrop, il en existait quatre, qui, par la manière dont ils étaient disposés formaient sur l'œil une croix de Malte.

On distingue quatre espèces de ptérygion, le simple, le charnu, le graisseux et le phébectasique. Le ptérygion simple est constitué par un léger épaississement de la conjonctive, qui s'é-

tend jusqu'à la cornée, sans jamais envahir cette membrane. C'est là la variété la plus fréquente, et aussi la plus facile à faire disparaître. J'en ai observé un grand nombre d'exemples dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Dans ces cas, les malades n'éprouvent aucune douleur, et il n'en résulte aucun inconvénient. Lorsqu'il est un peu développé, il offre alors un aspect charnu et de grandes analogies avec le muscle pectiné. C'est là la seconde variété. On comprend qu'alors les malades doivent éprouver quelques douleurs à cause du frottement opéré par cette espèce de tumeur. J'en ai observé un cas remarquable en 1837, chez une malade qui se présenta à la consultation de M. Velpeau. Il était survenu à la suite de l'introduction d'un corps étranger entre les paupières et le globe oculaire. Il datait de plus de six mois, et la malade nous dit qu'elle n'en était que légèrement incommodée, et cela surtout dans les changements de température. Si cette variété du ptérygion est combinée avec une agglomération de pinguecula, elle constitue le ptérygion graisseux. M. Velpeau en a observé plusieurs exemples, un entre autres à l'hôpital de la Charité, chez un jeune garçon d'un tempérament lymphatique. Le ptérygion *phlébectasique* est constitué par un plus ou moins grand nombre de vaisseaux qui serpentent dans la conjonctive, et qui, se prolongeant sur la cornée, obscurcissent plus ou moins la vue.

Les causes du ptérygion sont les mêmes que celles qui donnent lieu aux ophthalmies; et parmi celles-ci les causes traumatiques doivent être placées en première ligne. On conçoit aussi que la persistance d'une conjonctivite soit une

cause fréquente de la maladie qui nous occupe. C'est surtout chez les individus d'un certain âge qu'on l'observe; néanmoins, les enfants n'en sont point exempts. Outre le cas de ce nouveau-né, dont parle Wardrop, M. Velpeau nous a dit en avoir observé deux cas chez des enfants au-dessous de huit ans.

Le pronostic du ptérygion n'offre dans la plupart des cas aucune espèce de gravité. En l'attaquant convenablement à son début, on en triomphe quelquefois; et, s'il persiste, son excision est très facile. Toutefois il convient de dire que lorsqu'il s'avance sur la cornée, et surtout lorsqu'il est en face de la pupile, les fonctions visuelles peuvent être plus ou moins compromises. M. Velpeau pense que, dans ces cas, après l'opération, il est rare que la cornée reprenne sa transparence primitive; c'est ce qui porte ce chirurgien à conseiller de ne pas prolonger la dissection du ptérygion jusque vers le centre de la cornée. On sait que c'est là aussi le précepte de Boyer. Cependant M. Carron du Villards professe une opinion toute opposée; suivant lui, la cornée reprend sa transparence, et l'opération n'y met que rarement obstacle. Ce chirurgien dit avoir obtenu lui-même plusieurs succès de ce genre.

Quoi qu'il en soit, il convient, avant d'avoir recours à une opération, et surtout lorsque le ptérygion n'est ni très prononcé ni d'une date ancienne, de faire usage de collyres légèrement astringents; on doit même toucher la tumeur avec un petit pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent. Il importe toutefois de ne pas trop insister sur ces moyens; dès qu'on s'aperçoit

que la maladie résiste, il faut recourir à une opération.

La science possède plusieurs procédés opératoires pour le traitement du ptérygion. C'est ainsi qu'on a conseillé la section des vaisseaux qui s'y rendent, et l'étranglement de l'excroissance à l'aide d'un fil passé entre la conjonctive et la sclérotique; il paraîtrait même que ces procédés auraient procuré quelques succès; mais ils sont très souvent infidèles, et d'un emploi plus difficile que l'excision. Aussi y a-t-on généralement renoncé.

Voici le procédé que j'ai vu employer plusieurs fois par M. Velpeau : On saisit avec une bonne pince le ptérygion à une ou deux lignes de sa pointe; on le tire un peu à soi comme pour le détacher; on en opère ensuite l'excision avec de bons ciseaux, ou bien avec le bistouri à l'aide d'une dissection convenable. Lorsque la pointe du ptérygion est très rapprochée de la pupile, M. Velpeau ne prolonge pas la dissection jusque là, il se borne à en exciser les quatre cinquièmes postérieurs. Le traitement consécutif consiste en des lotions émollientes, puis en des applications résolutives. M. Velpeau dit que ce procédé ne lui a jamais offert de difficultés sérieuses, et qu'il ne comprend ni les dangers que quelques personnes lui attribuent, ni l'importance des méthodes qu'on a voulu lui substituer.

Lorsque le ptérygion n'est pas très épais, ni très étendu, on a proposé de se borner à en exciser un lambeau. M. Velpeau a tenté trois fois ce moyen, et il dit qu'il ne lui a jamais réussi. On a dit encore que, pour éviter une cicatrice relevée en bourrelet, il fallait détacher d'abord

le ptérygion à son sommet, puis à sa base, et de terminer la section par la partie moyenne. C'est là une précaution dont on ne comprend guère l'importance.

Pannus de la conjonctive.

On appelle ainsi le gonflement de la muqueuse kérato-conjonctivale produit par les vaisseaux sanguins qui la parcourent. Lorsque cette affection est légère, elle consiste dans le développement et le prolongement de quelques vaisseaux sanguins de la conjonctive scléroticale, qui, en s'étendant sur la membrane superficielle de la cornée, s'y perdent en devenant de plus en plus étroits. Lorsqu'elle est portée à un haut degré d'intensité, on voit sur tout le devant du globe de l'œil une foule innombrable de vaisseaux qui s'entre-croisant entre eux, donnent à l'organe l'aspect d'une végétation rougeâtre, d'une espèce de luxuriation. Les larmes coulent alors en abondance; la conjonctive des paupières devient rouge, revêt un aspect presque fougueux en se couvrant de granulations.

Le pannus, peu considérable, n'altère pas la vue en totalité; mais il l'affaiblit toujours, car, outre les vaisseaux qui serpentent à la surface de la cornée, cette membrane est le plus souvent troublée ou tachetée. Si la maladie est intense, on conçoit qu'elle puisse devenir souvent funeste aux fonctions visuelles. M. Velpeau en a cité plusieurs exemples.

Le pannus peut se développer sur la cornée et rester complétement indépendant de la conjonctive. La membrane transparente de l'œil est

alors couverte d'une espèce de végétation grise ou rougeâtre, granulée comme le dos de la langue, indolente et d'une épaisseur plus ou moins considérable. M. Velpeau en a observé un exemple remarquable chez un forgeron, âgé de quarante-cinq ans. La plaque épaisse d'une demi-ligne, longue de plus de trois lignes, large d'une ligne et demie, placée en travers, un peu concave par en haut, existait au-dessous de la pupille, et laissait un liseré très reconnaissable et parfaitement sain de la cornée, entre son bord inférieur et la sclérotique. M. Velpeau détruisit à trois reprises différentes cette plaque, et tout permettait d'en espérer la résolution définitive lorsque le malade, impatient de reprendre son travail, sortit de l'hôpital sans être complétement guéri. Nous ne l'avons plus revu.

On a cherché à expliquer le mécanisme de la production du pannus par le frottement longtemps répété des granulations de la conjonctive palpébrale sur la cornée. Mais il est évident que ce ne doit pas être là la cause unique, puisqu'il n'est pas très rare d'observer cette maladie chez des malades dont la face interne des paupières ne présentait aucune espèce de granulations. Dans ces cas, comme le dit fort bien Scarpa, la maladie n'est due qu'au soulèvement de la muqueuse cornéenne par des vaisseaux sanguins.

Le pannus est une affection qui réclame toute l'attention des chirurgiens. Les dérivatifs externes et internes sont d'un grand secours dans le traitement de cette affection ; mais ils doivent être employés conjointement avec les moyens locaux pour produire une guérison radicale.

Ainsi, les purgatifs, les sangsues, les ventouses, les cautères, les sétons, le vésicatoire volant sur le devant de l'orbite, la saignée générale même, doivent être employés; et la maladie recevra, dans la plupart des cas, une influence plus ou moins heureuse de l'emploi de ces moyens. Parmi les moyens locaux; ce sont les topiques astringents, la cautérisation et l'excision, qui constituent la base du traitement du pannus. M. Velpeau a retiré de très beaux résultats de l'usage des collyres au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre, au sulfate de zinc et au sublimé corrosif. Mais ces moyens ne peuvent être et ne sont réellement suffisants que quand le pannus est peu considérable. Dans ces cas encore, on a proposé la cautérisation avec le crayon au nitrate d'argent. Le porte-caustique annulaire de M. le professeur Sanson, appliqué tout autour de la cornée, est aussi très avantageux. Ce chirurgien en a retiré d'excellents résultats; et tous les praticiens qui ont su en faire une application convenable dans les cas de pannus peu considérable, ont eu à s'en louer. Ce moyen est d'ailleurs sans danger; on peut ainsi pratiquer plusieurs cautérisations à quelques jours d'intervalle.

Lorsque le pannus est formé, et qu'il constitue une plaque un peu large, le chirurgien doit avoir recours à l'excision; c'est la seule ressource qui puisse lui offrir quelque chance de guérison. Il convient de dire pourtant qu'il faut être très réservé sur l'emploi de ce moyen qui, comme on le comprend facilement, pourrait compromettre les fonctions visuelles. On pratique cette excision avec une lancette, ou même une aiguille à cataracte, que l'on porte en dédolant. Immédiatement après, on cautérise la plaie que l'on

vient de produire à l'aide du crayon de nitrate d'argent.

C'est par un usage sagement combiné des différents moyens dont je viens de parler, qu'on peut triompher de l'affection qui nous occupe. Mais, disons-le en finissant, lorsque le pannus est ancien et considérable, qu'il s'étend sur la cornée, il est rare que les fonctions visuelles ne soient pas plus ou moins compromises.

Xérophthalmie.

Au nombre des modifications organiques de la conjonctive, produites par l'inflammation, il faut placer la xérophthalmie. Cette affection n'est encore connue que par quelques observations, et n'a fixé l'attention des praticiens d'une manière particulière, que depuis quelques années. Dans le mois de février 1837, j'ai publié dans la *Presse Médicale* (1), à l'occasion d'un malade qui se trouvait dans le service de M. Velpeau, une note sur cette affection. Dans ce petit travail je mentionnai tous les faits de ce genre qui avaient été publiés, et j'exposai l'état actuel de la science sur cette affection. Je ne puis rapporter ici toutes ces observations. Le lecteur peut en prendre connaissance dans mon travail.

Les principaux caractères de la xérophthtalmie, sont l'épaississement de l'épithélium de la conjonctive, l'insensibilité plus ou moins complète de cette membrane, l'absence de sécrétion de la glande lacrymale et des glandes de Meï-

(1) T. 1, n°. 16.

bomius et par suite, la sécheresse de l'œil et son aspect terreux, pulvérulent, parcheminé.

Cette maladie a reçu différents noms : Ainsi, Schmidt, de Vienne, le premier qui en ait parlé en 1803, la décrit sous le nom de *xérophthalmie* (ξήρος, sec, ὀφθαλμος, œil). Travers, en 1821, l'appelle *cuticular conjonctiva*. On l'a encore désignée sous les noms de *cutisation de la cornée*, *épaississement de la conjonctive*, *cornée épidermique*, *xérosis de la conjonctive*. La première dénomination doit être conservée, elle laisse dans l'esprit une idée plus claire de la maladie.

On est étonné qu'une pareille affection ne se trouve pas indiquée dans l'histoire avant 1803, du moins c'est ce qui résulte des recherches de M. Velpeau. Serait-on en droit de conclure qu'elle n'existait pas? je ne le pense point. Dirons-nous qu'elle a été négligée comme peu dangereuse? la suite va nous prouver que cette seconde hypothèse ne peut pas être admise. Il me semble plus rationnel de penser que les auteurs ont confondu cette affection avec d'autres maladies incurables de l'œil, et qu'ils ne s'en sont pas occupés, parce qu'ils l'ont crue au-dessus des ressources de l'art.

Quoi qu'il en soit, ce serait en vain que nous chercherions dans les écrivains de ce siècle une histoire détaillée de la xérophthalmie. Les Anglais et les Allemands n'en donnent que quelques observations plus ou moins longuement commentées. En France, quoiqu'en 1833, on eût traduit dans les *Archives générales de médecine* (deuxième série, tome 2), une observation de M. Mackensie, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, l'attention des praticiens n'a été éveillée sur ce sujet qu'en février 1836,

par M. Duprê. On trouve dans la thèse de ce médecin, le premier cas de *xérophthalmie* observé dans les hôpitaux de Paris; du moins c'est le premier qui ait été publié. Mais depuis cette époque plusieurs exemples de ce genre ont été observés. Dans le courant des années 1837 et 1838, j'en ai constaté trois cas remarquables dans le service de M. Velpeau.

On dit que cette affection est excessivement rare; je ne sais pas jusqu'à quel point cette assertion est fondée. Qui sait si cette extrême rareté ne trouve pas sa source principale dans l'ignorance où étaient les praticiens sur cette maladie? En effet, depuis près de quatre ans, l'attention est éveillée en France sur cette affection, et il y a dix à douze cas environ qui ont été observés seulement à Paris. Pense-t-on qu'on n'en trouverait pas plus d'un exemple parmi ces nombreux aveugles qu'on trouve sur la voie publique? Je suis persuadé que l'attention des praticiens étant éveillée sur ce point, les cas de xérophthalmie paraîtront, de moins en moins, rares.

Avant de présenter le tableau de cette affection, je crois utile de mettre sous les yeux du lecteur les deux observations suivantes. Lorsque l'histoire d'une maladie n'est pas encore bien connue, la nature doit être entendue la première.

Observation première. — En février 1837, était couché à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 28, clinique de M. Velpeau, le nommé Soisson Pierre de Ségur (Cantal), âgé de quarante-cinq ans. Il a cinq pieds trois pouces; il est bien musclé et doué d'une bonne constitution. A l'âge de vingt-quatre ans il a quitté Ségur où il était domesti-

que. Il a séjourné ensuite à Lyon pendant cinq ans chez un négotiant, et depuis seize ans il est garçon d'hôtel à Paris. Il s'est toujours bien nourri. Il n'a jamais habité de lieux froids et humides. Il n'a jamais passé la nuit dans les champs. Ses parents n'ont point éprouvé de maladies d'yeux graves. A l'âge de cinq ans Soisson a eu la variole qui a failli lui devenir funeste. Immédiatement après, sa tête s'est couverte de gourmes qui ont persisté pendant trois ans. Environ six mois après la variole, et en même temps que les gourmes, les ganglions sous-maxillaires gauches se sont engorgés. A la suite un abcès s'est formé au-dessous de la région parotidienne du même côté. Cet abcès s'est ouvert spontanément après trois semaines, et a fourni du pus pendant plus d'un an. Enfin l'ouverture s'est fermée; on voit encore aujourd'hui les traces de la cicatrice. Peu de temps après l'ouverture spontanée de l'abcès, l'oreille gauche a fourni un suintement sero-purulent qui persista pendant environ douze ans. L'oreille droite et les ganglions sous-maxillaires du même côté n'ont jamais été affectés. Soisson n'a jamais éprouvé de douleurs dans les oreilles; il n'a parlé que de quelques élancements passagers à la tête, en mars, 1836. Il a eu deux fois la gale à dix-sept et à vingt-trois ans. Il nous dit s'en être toujours débarrasé après trois semaines de traitement. Il n'a pas employé le soufre; il se frottait les parties affectées avec une pâte composée avec du beurre et du bois de cerisier. Dans les deux cas, la guérison n'a été entravée ni suivie d'aucun accident. A l'âge de vingt-neuf ans Soisson a contracté la syphilis. Un écoulement qui a persisté plusieurs mois a été accompagné de chancres à la vereg,

d'ulcérations dans le fond de la gorge et dans la bouche. Il dit qu'il ne s'est jamais soumis à aucun traitement anti-syphilitique régulier. Il n'a employé aucune préparation mercurielle. Les chancres de la verge ont disparu. Mais le malade nous dit qu'il en reste encore des traces dans le fond du gosier. Cependant nous ne trouvons sur le pilier gauche que quelques plaques rouges. Mais à la partie antérieure de la voûte palatine, on voit une large plaque blanchâtre sur laquelle la peau est plissée. Il n'a jamais été affecté de rhumatisme. Il ne nous présente aucun signe de scorbut. Il n'a jamais eu de dartres. Il nous assure à plusieurs reprises et à différents intervalles que, jusqu'en 1830, ses yeux ont été parfaitement sains. Jusqu'à cette époque, jamais la moindre rougeur, la moindre douleur. Sa vue était si bonne que ses amis le consultaient dans l'occasion. Vers le mois de décembre 1830, sans cause appréciable, l'angle externe de l'œil gauche devint rouge et tant soit peu douloureux. Bientôt l'inflammation s'empara de toute la conjonctive, mais il paraît qu'elle ne fut pas intense, puisque le malade continua de se livrer à ses occupations, se contentant de bassiner son œil avec un liquide émollient. Peu de temps après, l'inflammation se porta sur l'œil droit, puis revint sur l'œil gauche. Ce passage de l'inflammation d'un œil à l'autre dura plus de quatre ans, sans que le malade en fût affecté, et sans que la vision en eût reçu une altération sensible. Il nous assure que pendant tout ce temps, ses yeux étaient larmoyants comme à l'ordinaire. Mais il y a environ dix-huit mois que, sans cause connue, le malade dit avoir senti comme une peau qui partant de l'angle externe de l'œil gauche, s'avançait vers l'interne. Cette

peau, selon lui, allait en s'épaississant, et voilait de plus en plus la vue. L'œil devint sec. Cependant le malade nous dit que l'impression subite d'une vive lumière, lui faisait répandre quelques larmes. Peu à peu il sentait que sa vue s'affaiblissait de ce côté. Cinq mois après, les mêmes phénomènes se présentèrent sur l'œil droit. Désirant alors recevoir les secours des chirurgiens, il séjourna pendant cinq mois, à deux reprises différentes, à l'hôpital Saint-Louis, d'abord dans le service de M. Gerdy, ensuite dans celui de M. Biet. Ces praticiens distingués ont mis à contribution une foule de moyens thérapeutiques, mais aucun n'a apporté la moindre amélioration. Le malade nous affirme que sa vue a considérablement diminué depuis que M. Biet a fait sécher le vésicatoire que M. Gerdy avait ordonné. Quoi qu'il en soit, ayant soumis Soisson à notre observation, le 28 janvier 1837, nous avons constaté les phénomènes suivants :

Œil gauche. — La paupière supérieure d'un rouge vif sur son bord libre, et d'une couleur un peu brune à sa surface externe, est tuméfiée et présente de petites bosselures qui glissent sous le doigt. L'inférieure est à peu près dans l'état normal, sauf la rougeur de son bord libre. Elles jouissent toutes deux d'une mobilité assez peu marquée. Car leurs mouvements sont gênés par le rapprochement anormal des deux angles, surtout de l'angle externe, rapprochement qui est dû, comme je le dirai bientôt, à des adhérences de la conjonctive oculaire avec le bord libre des voiles membraneux. Les cils, châtains, sont tombés en grande partie; ceux qui restent, et ils sont moins rares à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, sont bien plantés. La caroncule lacry-

male, atrophiée et recouverte par la conjonctive ne laisse presque plus de traces de son existence. La conjonctive oculaire épaissie et sèche sur tous les points, adhère immédiatement au bord libre des paupières dans toute leur étendue, excepté à la partie supérieure de la cornée où l'on distingue très bien la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale. Dans cette partie, où les deux conjonctives forment une espèce de cul-de-sac, l'œil est moins sec. Ces adhérences en rapprochant les angles des paupières, donnent à l'œil un aspect irrégulier. La conjonctive forme sur la face antérieure de l'œil des brides et des replis. Ces replis entourent la cornée d'un bourrelet qui devient plus ou moins saillant selon les mouvements de l'œil. On ne peut apercevoir aucun vaisseau au-dessous de la conjonctive. Cette membrane est partout d'une couleur terne. On ne peut mieux la comparer qu'à une pellicule d'ognon desséché. Elle présente çà et là quelques points plus ou moins blancs. La cornée offre un aspect rugueux. On voit à la partie inférieure et un peu externe, une ulcération profonde. Ce n'est qu'avec peine qu'à travers le peu de transparence et l'aspect nébuleux de la cornée, on entrevoit, comme au milieu d'un brouillard, la pupile déformée et ne présentant aucune mobilité, quelque moyen que l'on emploie. Les mouvements de l'œil quoique libres dans tous les sens, sont cependant limités par les adhérences dont nous venons de parler.

Œil droit. — Les paupières sont à peu près dans le même état, si ce n'est que le rapprochement de leurs angles par les adhérences de la conjonctive étant moins prononcé, l'œil est plus ouvert que du côté opposé. Les cils sont en

aussi petit nombre, mais moins bien plantés. A l'angle interne de la paupière supérieure, il y en a plusieurs qui sont dirigés en dedans. La caroncule lacrymale est dans le même état. Les orifices des glandes de méïbomius et les points lacrymaux sont oblitérés. Les brides, les replis et les bourrelets que forme la conjonctive oculaire sont moins prononcés. Cette membrane est moins épaisse, moins terne et tant soit peu moins sèche. Latéralement, elle se continue aussi directement avec le bord libre des paupières; mais au niveau de la cornée, on distingue en haut et en bas les deux conjonctives. Au-dessous de la conjonctive, on aperçoit quelques vaisseaux qui sont d'autant plus visibles, qu'on les examine plus près de la cornée. Celle-ci ne présente pas à beaucoup près autant d'irrégularité que du côté gauche; elle est moins nébuleuse, et laisse mieux voir la pupille qui n'offre pas plus de contractilité que du côté opposé. En un mot, l'aspect général de l'œil est moins pâle, moins sec, moins cadavérique.

Le malade n'accuse aucune gêne ni aucune sécheresse dans le canal et dans les fosses nasales. En examinant avec soin l'angle externe des deux yeux, on n'aperçoit aucune saillie formée par la glande lacrymale. Après avoir ainsi examiné les phénomènes locaux, nous avons interrogé les fonctions de l'organe malade. Nous n'avons pas à considérer les deux yeux en particulier, puisque sous ce rapport ils sont identiques. La vue est considérablement affaiblie, les objets ne sont aperçus qu'à travers un brouillard épais, le malade ne peut pas même les distinguer à quelque distance et dans quelque position qu'on les lui présente. Je me suis même convaincu à plu-

sieurs reprises qu'il ne voit même confusément les objets que quand ils sont placés entre une vive lumière et lui. Hors de cette position, il ne les aperçoit pas. Cependant il distingue assez bien la couleur blanche. Ainsi, il montre du doigt les élèves placés autour de lui et qui portent un tablier blanc. Il peut fixer sans en être incommodé une chandelle allumée placée très près de ses yeux. J'ai humecté ses yeux à plusieurs reprises, et j'avoue que sa vue n'a présenté aucune amélioration même passagère. La surface antérieure de l'œil supporte sans douleur et presque sans incommodité le contact du doigt, de la barbe d'une plume qu'on promène sur elle. M. Velpeau, en notre présence, s'est servi de tabac, de pellicule d'ognon, d'ammoniaque même pour exciter la sécrétion des larmes. Mais l'œil est resté sec. Le malade nous dit cependant que quelquefois ses yeux s'humectent un peu par l'impression subite d'une vive lumière. J'ai tenté ce moyen à plusieurs reprises: il ne m'a jamais réussi.

Les sens de l'odorat, de l'ouïe et du goût, remplissent bien leurs fonctions.

M. Velpeau essaya sur ce malade tous les moyens thérapeutiques imaginables; mais rien ne réussit, et Soisson, après plus d'un mois de séjour à l'hôpital, en sortit dans le même état que lors de son entrée.

Observation deuxième. — (Thèse de M. Dupré.) Nicolas Pasquet, âgé de vingt-six ans, d'abord berger, puis ensuite manœuvrier, fut reçu le 27 mars à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sanson, salle Sainte-Jeanne, n° 45, pour un xérosis de la conjonctive des deux yeux. Doué d'une bonne constitution, cet homme n'a jamais présenté de symptô-

mes de gale, d'affection vénérienne, ni de scrofules, et sauf une ophthalmie dont on ignore la nature, il a toujours joui d'une santé parfaite. A l'âge de quatre ou cinq ans, Pasquet avait sur la tête des croûtes jaunâtres, qui fournissaient un suintement abondant, supprimé presque subitement par l'emploi de substances qu'il ne connaît pas. Peu de jours après cette suppression, les deux yeux jusque là parfaitement sains, sont envahis par une ophthalmie avec gonflement des paupières, rougeur de l'œil et impossibilité de supporter la lumière. Le malade ne peut dire si, à cette époque, la sécrétion des larmes était augmentée ou diminuée, ou bien si les yeux fournissaient un écoulement purulent. Des sangsues aux tempes à diverses reprises, des vésicatoires au cou et aux bras, des collyres dont on ignore la composition, diminuèrent l'intensité de la maladie sans la faire disparaître complètement. Jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans, les yeux restèrent rouges, larmoyants sensibles à la lumière; de temps en temps ces symptômes s'exaspéraient, et alors des sangsues, des collyres soulageaient le malade sans le guérir. Pendant ce temps le malade conserve sur le bras un vésicatoire qui fut transformé en cautère qu'il porte encore aujourd'hui. A cette époque on lui insuffla dans les yeux du sucre en poudre qui ne produisit aucun effet.

A l'âge de seize ou dix-sept ans, il consulta un oculiste ambulant qui lui donna une poudre blanche dont il ignore le nom, mais qui, grillée sur une pelle à feu devenait rougeâtre et compacte. On écrasait cette substance, et on saupoudrait les yeux deux fois pas jour. Chaque fois l'emploi de cette poudre produisait une vive

douleur. Quinze ou vingt jours après, s'apercevant que sa vue diminuait, que la rougeur et la douleur augmentaient, le malade lui substitua un collyre d'eau blanche. Après un mois ou deux de l'emploi de ce collyre, la rougeur, la douleur, le larmoiement avaient disparu de l'œil gauche qui était alors parfaitement sec. Le malade continua l'usage de son collyre, et bientôt l'œil droit se trouva dans le même état que le gauche et tel qu'ils sont encore aujourd'hui tous les deux. Depuis l'âge de dix-huit à vingt ans le malade est sujet aux céphalalgies et aux étourdissements.

OEil gauche. — Le 30 mars les paupières sont un peu tuméfiées, parcourues par un réseau veineux assez développé, mobiles, conservant leur direction normale et pouvant recouvrir l'œil exactement. Les cils châtains, peu nombreux, bien plantés, ne présentent pas de direction vicieuse. Les points lacrymaux sont oblitérés. La caroncule lacrymale est blanchâtre, aplatie, à peine reconnaissable. On ne distingue plus les orifices des glandes de Mœibomius. La conjonctive oculo-palpébrale d'un blanc grisâtre, comme recouverte de poussière, est sèche, forme un grand nombre de plis et de rides partout, excepté cependant sur la cornée qui semble comme taillée à facette. Au-dessous de cette membrane on aperçoit de petits vaisseaux rougeâtres, surtout à l'angle interne. Les mouvements de l'œil peuvent s'exécuter, comme dans l'état normal, en haut, en bas et en dehors. Mais lorsque le malade le porte dans ce dernier sens, la conjonctive se ride en dehors de la cornée et forme une espèce de troisième paupière qui vient recouvrir la cornée dans une étendue

d'une ligne et demie à deux lignes. Lorsque le malade veut porter l'œil en dedans, quelques plis, moins prononcés qu'en dehors, viennent encore recouvrir le côté interne de la cornée. Mais une bride, partant de l'angle externe de l'œil où elle adhère aux deux paupières pour se rendre sur le bord externe de la cornée, ne permet pas à celle-ci de se porter en dedans aussi bien que dans l'état normal. La conjonctive paraît plus épaisse sur la moitié inférieure de la cornée que sur la moitié supérieure où l'on distingue assez bien l'ouverture de la pupille qui ne présente rien de particulier. En examinant avec soin l'angle externe de l'œil, on n'aperçoit aucune saillie, aucune tumeur formée par la glande lacrymale.

OEil droit. — Les paupières sont dans le même état qu'à gauche, seulement leur angle externe est réuni dans l'étendue de deux à trois lignes. Les glandes de Meïbomius, les cils, les points lacrymaux sont comme du côté opposé. La conjonctive présente aussi le même aspect. Mais les plis qu'elle forme sont moins prononcés et s'avancent sur la cornée dans une moindre étendue qu'à gauche. Les mouvements, encore possibles, sont cependant plus limités que dans l'œil opposé et surtout que dans l'état normal; on distingue très bien la pupille dans toute son étendue.

Le malade distingue assez bien les objets. Selon lui, l'œil droit est meilleur que le gauche. Il reconnaît très bien les personnes, et peut distinguer une pièce d'un franc à la distance de sept à huit pieds. De son lit, placé au milieu de la salle, il peut apercevoir le drapeau qui flotte sur les tours de Notre-Dame, mais il n'en dis-

tingue pas les couleurs. Il peut fixer le soleil beaucoup mieux que d'autres malades dont les yeux sont sains. Lorsqu'il veut voir d'une manière plus nette, il humecte ses yeux avec de la salive et de l'eau. Il prétend même qu'en les mouillant avec son urine, l'effet est encore plus marqué. En écartant les paupières, on peut promener, au devant de la cornée et sur toute la surface de l'œil, les barbes d'une plume ou le doigt sans que le malade en soit incommodé et détourne l'œil. C'est à peine s'il sent le corps qui le touche, pourvu qu'on ait le soin de tenir les paupières écartées de manière à ne pas toucher les cils. Des ognons coupés par morceaux, et placés au devant des yeux, les paupières étant écartées, ne déterminent ni rougeur ni gonflement ni sécrétion et ne font éprouver au malade aucune sensation, si ce n'est un picotement très léger sur l'œil droit qui n'en reste pas moins sec. Les fosses nasales ne paraissent pas plus sèches que chez un sujet bien portant. Le malade n'y éprouve aucun sentiment de sécheresse, et sent très bien le tabac dont il fait habituellement usage. Il se plaint d'une céphalalgie frontale assez intense; il entend très bien, et les autres fonctions s'exécutent comme dans l'état normal.

M. Sanson après avoir employé différents moyens, excisa la conjonctive sur l'œil gauche, mais le malade après plus de trois mois de séjour dans l'hôpital, en sortit à peu près dans le même état que lors de son entrée.

On trouve encore dans le London médical *Gazette* (13 avril 1833), et dans la Thèse de M. Klingshor quelques autres observations dont la lecture n'ajoute rien aux deux descriptions que je viens de présenter.

Une lecture attentive des deux observations que je viens de rapporter avec tous leurs détails suffit pour donner une idée précise des caractères extérieurs de la maladie. L'inspection d'un œil ainsi affecté grave bientôt dans la mémoire les traits de la xérophthalmie. En conséquence, pour ce qui a trait à la symptomatologie de cette affection, toute méprise est impossible. Mais derrière les symptômes sont les causes ; et là est l'obscurité.

On a cherché à se rendre compte des phénomènes principaux de la xérophthalmie ; ainsi on a cru en trouver une explication satisfaisante dans l'oblitération des canaux excréteurs de la glande lacrymale. Mais outre que cette assertion est toute gratuite, puisque, comme l'a fait remarquer M. Velpeau dans ses leçons, et comme l'a dit M. Cade (*Gazette médicale de Paris*, 14 mars 1836), des investigations anatomiques n'ont pas encore été faites dans ce sens, cette oblitération serait-elle démontrée, qu'on ne pourrait pas trouver là une cause suffisante pour expliquer la *cutisation, la sécheresse complète* de la conjonctive. Car, comme l'observe fort bien M. Dupré, la membrane muqueuse oculaire, comme toutes les autres muqueuses, sécréterait encore assez de mucosités pour humecter l'œil et lui conserver sa transparence, si elle n'était pas affectée d'une altération particulière. D'ailleurs les expériences de M. Magendie ne prouvent-elles pas que l'humidité de l'œil et sa transparence existent après l'extirpation de la glande lacrymale? De plus, on sait que Guérin, Tood, O'Beirn et plusieurs autres chirurgiens ont pratiqué l'extirpation totale de la glande lacrymale, sans que la conjonctive ait présenté à la suite de cette opération les

caractères que nous avons observés dans les deux observations précédentes.

On a encore cherché la cause de cette maladie dans une lésion de la cinquième paire. Il est vrai que d'après les expériences de M. Magendie, cette lésion pourrait rendre compte de quelques simptômes isolés ; mais il en est plusieurs de très saillants qui ne sauraient trouver leur origine dans cette lésion. En effet, dit M. Velpeau, comment expliquer ainsi l'épaississement de l'épithélium conjonctival, l'oblitération des points lacrymaux, l'atrophie des glandes de Meïbomius?

Le docteur Ammon de Dresde, ayant rencontré la xérophthalmie souvent compliquée d'entropion, en a conclu que l'opération que nécessitait cette dernière affection pouvait produire la première. Sans nous arrêter à discuter, la plus ou moins grande valeur qu'on doit accorder à cette idée, nous nous bornerons à dire qu'en jetant un coup d'œil sur les observations qui ont été publiées, on voit que parmi les sujets affectés d'entropion, deux seulement ont été opérés, et encore n'est-il pas dit si la xérophthalmie était ou non préexistante à l'opération. Plusieurs malades n'étaient pas même affectés d'entropion. M. Dupré est même porté à penser que cette opération, loin d'être nuisible, serait, au contraire, un moyen salutaire, puisqu'elle ferait cesser l'inflammation entretenue par le contact des cils vicieusement dirigés.

Toutes ces explications sont, comme on le comprend facilement, plus ou moins hasardées, et sont par conséquent loin d'offrir quelque chose de positif. Mais, si mettant de côté toutes ces opinions, nous examinons attentivement les

faits, nous voyons que, dans tous les cas, une ophthalmie plus ou moins intense, de plus ou moins longue durée, a précédé la maladie. Il faut donc noter ce fait général qui aidera les recherches sur l'étiologie.

M. Mackensie semble voir dans l'inflammation chronique de la conjonctive la cause de la maladie qui nous occupe; et j'avoue que c'est là l'opinion la plus plausible. La xérophthalmie ne serait-elle pas due, dit M. Velpeau, à l'atrophie, à l'oblitération des follicules, des villosités de la conjonctive, atrophie que certaines inflammations prolongées de ces éléments anatomiques ou de la conjonctive elle-même expliqueraient assez bien?

Quant à l'espèce d'ophthalmie qui déterminerait plus particulièrement cette maladie, M. Mackensie pense que c'est l'ophthalmie scrofulo-catarrhale. Mais on ne possède pas encore assez de faits pour qu'on puisse se prononcer sur cette question d'une manière définitive.

Le pronostic de la xérophthalmie est des plus graves pour l'organe affecté. Dans l'état actuel de la science, la cécité en est la conséquence inévitable. Il est vrai que M. Cade parle d'une guérison qu'on lui a dit avoir obtenue par la cautérisation de la conjonctive, sur le bord circulaire de la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Mais c'est là un *on dit*; et dans les sciences il n'en faut pas; il faut des faits et des faits authentiques.

Une circonstance qu'il faut noter, c'est que les malades voient plus longtemps et beaucoup mieux que l'état physique de l'œil affecté ne le ferait supposer.

On a essayé contre cette maladie une foule de moyens thérapeutiques ; il n'est pas de collyres, pas de pommades, pas de solutions, pas de révulsifs qu'on n'ait employés. On a fait usage de l'acupuncture, des vésicatoires volants sur le devant de l'orbite ; on a cautérisé la conjonctive, on l'a excisée, on a coupé ses brides, etc., etc.; mais rien n'a réussi jusqu'à ce jour. Chez le malade de M. Velpeau, et dont j'ai donné l'observation détaillée, tout a été mis à contribution, sans qu'on ait obtenu aucune espèce d'amélioration. A tel point que nous nous voyons forcés en terminant cet article, de dire que la thérapeutique de cette affection est encore à reprendre en entier.

Ophthalmie miasmatique.

On appelle ainsi une inflammation de la membrane muqueuse de l'œil, se développant chez des individus exposés à des miasmes, et produisant sur cette membrane des phénomènes à peu près semblables à ceux que l'on observe dans les ophthalmies purulentes. C'est là, d'après les auteurs, une variété qui appartient au cadre des ophthalmies catarrhales ; quant à nous, nous ne trouvons là qu'une nuance de la conjonctivite produite par un certain ordre de causes. C'est ainsi qu'on la voit se développer sur des individus renfermés en grand nombre dans des lieux étroits, humides, là où s'exhalent des émanations animales délétères. On en a observé de nombreux exemples sur les pontons anglais, où étaient entassés sans pitié nos malheureux concitoyens. On l'observe aussi à bord des navires destinés à la traite des noirs. On comprend encore qu'il existe certaines professions qui doi-

vent favoriser le développement de ce genre d'affection de l'œil. M. le docteur Furnari, qui a étudié avec le plus grand soin les maladies des yeux, considérées dans leurs rapports avec les diverses professions, a fait sur ce sujet une foule de recherches qu'il se propose de publier prochainement dans un ouvrage qui offrira de l'intérêt. C'est d'après les idées de ce jeune chirurgien, que je vais dire quelques mots sur l'ophthalmie des vidangeurs.

Ophthalmie des vidangeurs. — N'ayant pas observé moi-même cette affection, et M. Velpeau n'en ayant pas parlé dnas ses leçons, j'ai eu recours à l'obligeance de M. Furnari qui m'a fourni plusieurs renseignements sur ce sujet, et qui a même eu la bonté de me communiquer une note détaillée d'après laquelle j'ai composé l'article suivant.

Les ouvriers désignent cette affection sous le nom de *mitte*; M. Furnari l'appelle ophthalmie *méphitique*. Mais peu importe le nom.

De tout temps les accidents auxquels les vidangeurs sont sujets, ont fixé l'attention des gouvernements et des médecins philanthropes. Parmi les hommes qui, par leurs travaux, ont contribué à améliorer le sort de ces malheureux ouvriers, nous citerons particulièrement Ramazzini, Géraud, Hallé, Cazeneuve, Dupuytren, Parent du Chatelet, Barruel, MM. Thénard, Chevalier, Labarraque, D'arcet, Alphonse Sanson, Patissier, Dévosne, Gourlier et Payen.

L'ophthalmie des vidangeurs fut décrite pour la première fois par Ramazzini dans son beau travail sur les maladies des artisans. Alibert en fait mention dans ses nouveaux éléments de

thérapeutique. Hallé et Dupuytren, dans différents *rapports* lus dans les sociétés savantes, la décrivent avec beaucoup de soin. M. le docteur Ducourtray, ancien médecin principal de l'armée belge, en a observé vingt cas en une matinée sur les vidangeurs des latrines de la caserne du Mons. La même observation se renouvela, il y a quelque temps, dans la même caserne et huit hommes contractèrent des maux d'yeux évidemment dus à cette cause. M. Florent Cunier, a connu deux vidangeurs devenus aveugles par suite de cette maladie. Combien d'ophthalmies dues à la même cause ne remarque-t-on pas en Belgique, à l'époque où les agriculteurs ont l'habitude de jeter le pureau sur leurs terres!

Malgré l'autorité de tous ces observateurs, dans ces derniers temps, on a encore douté de l'existence de l'ophthalmie des vidangeurs, et M. Sichel est de ce nombre. Il n'est pas étonnant que M. Sichel n'ait jamais observé cette affection, car de nos jours, grâce à la nouvelle construction des fosses, et aux nouveaux procédés employés pour leur curage, elle est beaucoup moins fréquente qu'elle ne l'était autrefois. Il en existe pourtant assez pour que M. Sichel eût pu en voir s'il l'eût désiré. Pour cela il n'avait qu'à imiter la conduite de MM. Furnari et Carron du Villards.

Pour savoir à quoi s'en tenir sur la *mitte* des vidangeurs, M. Furnari ne s'est pas borné à consulter les hommes qui s'occupent de salubrité publique, et les vidangeurs eux-mêmes : il est descendu lui-même dans les fosses d'aisances pendant leur curage, et qu'on me permette cette expression, il s'est offert lui-même en holo-

causte à la science. De tels dévouements sont peu communs, ils doivent être signalés.

A peine est-on arrivé dans une fosse d'aisances, dit M. Furnari, fut-elle même vidée depuis huit jours, que l'on sent monter à sa figure une évaporation irritante dont l'action se fait sentir sur les yeux; on est pris d'un sentiment d'irritation très vive, accompagné d'un larmoiement assez abondant, qui calme pendant un instant l'irritation; mais celle-ci reparaît de plus belle et l'on éprouve dans l'œil une sensation analogue à celle qu'occasione l'introduction d'un grain de sable entre le bulbe et les paupières. Cette sensation est si forte, si tenace, que l'on ne peut s'empêcher de se frotter les yeux afin de les débarrasser de l'hôte incommode que l'on y croit logé. Elle persiste encore pendant une heure ou deux après la sortie du foyer miasmatique.

On peut donc comprendre facilement ce qui doit se passer dans la conjonctive des hommes qui, par leurs occupations se trouvent continuellement exposés à une irritation de ce genre. Les vidangeurs assignent eux-mêmes à cette maladie trois périodes bien distinctes. La première constitue le début de l'irritation; il y a du larmoiement, et c'est pour cette raison qu'ils l'appellent *mitte humide*. La seconde se montre avec des phénomènes de *pyorrhée* comparables de tous points à ceux que nous avons assignés à la conjonctivite purulente d'Égypte. Elle est désignée sous le nom de *mitte grasse*. La troisième enfin est la mitte *indolente* ou *tardive*, c'est-à-dire, amenée par le temps et la chronicité à un état tel qu'il n'y a plus de larmoiement, très peu de sécrétion muqueuse, mais par contre la conjonc-

tive présente un aspect granuleux, en tout semblable à celui que l'on observe dans les ophthalmies purulentes.

Toutes les fois qu'un vidangeur n'a point eu sa conjonctive ainsi transformée, la maladie disparaît d'elle-même, lorsqu'il interrompt son travail pour embrasser une autre profession. Ces hommes savent si bien que cette maladie est inhérente à leur profession qu'ils s'abstiennent de recourir aux hommes de l'art, à moins que la maladie ne fasse des progrès. Voilà pourquoi, sans doute, les malades ne sont pas allés chercher M. Sichel.

Désagréable, incommode, la *mitte* a cela de remarquable, qu'elle ne donne lieu à des cécités que lorsque des circonstances fortuites viennent aggraver la maladie. Cela paraît d'autant plus extraordinaire que les vidangeurs ne sont pas des modèles de sobriété et qu'ils aiment à *alcooliser* les *miasmes* pour en neutraliser l'effet.

Traitement. — Au début de la maladie, les boissons froides et des applications de compresses d'eau fraîche sur les yeux, suffisent souvent pour en arrêter le développement. Les vidangeurs eux-mêmes sont si bien convaincus des bons effets de cette médication, qu'ils commencent toujours par là; et je dois ajouter que plusieurs d'entre eux ont affirmé à M. Furnari qu'ils s'en sont parfaitement bien trouvés. Le lit, la chambre, les aliments chauds, et les boissons vineuses doivent être proscrites. Lorsque la maladie est définitivement établie, il faut avoir recours aux mêmes moyens que j'ai indiqués en traitant de la conjonctivite purulente d'Égypte.

Lorsqu'il existe des granulations, M. Carron du Villards a proposé de faire des insufflations avec une poudre composée de la manière suivante :

Charbon animal.	j gros.
Poudre imperceptible de suie.	xxiv grains.
Nitrate d'argent fondu.	xxii grains.

Moyens prophylactiques. — Les moyens prophylactiques pour prévenir l'ophthalmie des vidangeurs, consistent dans l'emploi des meilleurs procédés mis en usage pour la vidange des fosses. Ces procédés consistent d'après M. Furnari, dans la séparation des matières fécales en solides et liquides (fosses mobiles), et dans la vidange des fosses, faite d'après le procédé de M. Payen, c'est-à-dire, en faisant usage d'une poudre noire qui a la propriété de désinfecter les matières fécales. Ce procédé offre les avantages suivants :

1° De ne plus avoir à craindre dans les maisons, lors de la vidange des fosses, des émanations infectes qui souvent donnent lieu à l'altération des bronzes, des tableaux, de l'argenterie et quelquefois à des phénomènes précurseurs d'asphyxie.

2° Dans la facilité d'obtenir de suite avec les matières solides un engrais qui n'a pas besoin, comme la poudrette, d'être longuement desséché sur le sol, en répandant pendant le temps de sa dessication, des émanations infectes.

3° Dans la facilité qu'il y a d'opérer la vidange des fosses, le jour comme la nuit, et de pouvoir déposer partout ce nouvel engrais, sans qu'il y ait danger pour la salubrité publique.

4° Enfin, M. Furnari a pu se convaincre par

sa propre expérience, qu'à l'aide de ce moyen on a obtenu une diminution notable non-seulement dans les ophthalmies, mais encore dans les autres maladies auxquelles les vidangeurs sont particulièrement exposés.

On a parlé aussi d'une espèce d'ophthalmie propre aux égouttiers. Mais il est facile de se convaincre qu'elle présente les mêmes phénomènes que la mitte des vidangeurs et qu'elle réclame les mêmes moyens thérapeutiques. C'est pourquoi je crois pouvoir passer outre.

Maladies de la cornée.

Depuis qu'on s'est appliqué à distinguer les maladies de la cornée des autres affections de l'œil, on s'est convaincu qu'aucune partie de cet organe n'est sujette à un aussi grand nombre d'altérations. Les relevés statistiques le prouvent d'une manière irrévocable. C'est ainsi que Saunders, sur un total de 1,942 sujets affectés de maladies d'yeux et placés dans son infirmerie, trouva 659 affections de la cornée, et que M. Velpeau, durant deux années seulement, à l'hôpital de la Pitié, sur 250 affections de l'œil a constaté 125 maladies de la cornée, c'est-à-dire la moitié. Je n'insisterai pas davantage sur ce point; la fréquence des lésions de la cornée n'est, de nos jours, contestée par personne. D'ailleurs, on ne conçoit pas qu'il puisse en être autrement, si l'on réfléchit un instant à la position superficielle de cette membrane, et surtout aux fonctions importantes dont elle est chargée, fonctions qui font que les moindres changements dans ses propriétés physiques constituent une maladie plus ou moins sérieuse. On est vrai-

ment étonné, après cela, que l'inflammation de la cornée n'ait été étudiée d'une manière spéciale que depuis le commencement de ce siècle, et que, même depuis cette époque, des ophthalmologistes, distingués d'ailleurs, n'aient pas donné à cette question toute l'importance qu'elle mérite. Tel est le résultat de la mauvaise direction imprimée aux études ophthalmologiques, direction malheureuse que certains oculistes contemporains cherchent encore à perpétuer.

Nous avons à étudier ici l'inflammation de la cornée, les blessures, les corps étrangers, les brûlures, le ramollissement, la gangrène, les perforations, les abcès, les ulcères, les tumeurs, les taches, le staphylome et l'ossification de cette membrane.

Inflammation de la cornée.

Ne tenant aucun compte du siége précis de la lésion, et rapportant tout à différents genres de spécificité, la plupart chimériques, comme je l'ai déjà dit et comme je le démontrerai plus tard, les oculistes ont pendant longtemps confondu, sous le titre général d'ophthalmie, toutes les inflammations de l'œil et de ses annexes. C'est là, il faut le dire bien haut, la cause principale du peu de progrès réels qu'ont faits jusqu'à ce jour les études ophthalmologiques. Cette erreur n'avait pas d'ailleurs échappé à la sagacité didactique de Pinel et au génie de Bichat. Les travaux de ces deux grands médecins montrent en effet que dans l'œil, comme dans toutes les autres régions du corps, chaque tissu exerce assez d'influence sur les affections morbides dont il est le siége, pour exiger qu'elles

soient étudiées séparément. C'est parce qu'on a ignoré ou négligé ce grand principe, que pour ne parler que du sujet qui va nous occuper, il faut arriver jusqu'au commencement de ce siècle pour trouver une description particulière de l'inflammation de la cornée. Il est vrai de dire pourtant que plusieurs auteurs du siècle dernier avaient entrevu cette affection; mais aucun d'eux ne l'avait décrite. Ainsi, en parcourant avec attention les ouvrages de cette époque, on voit que Maître-Jan, Boerrhaave, Deshayes-Gendron, Janin et plusieurs autres n'ont fait que l'indiquer. Les étrangers nous ont devancés sur ce point. En 1807, en effet, Vetch est le premier qui ait décrit à part la kératite. Mais les détails que donne cet auteur sont loin de ceux de M. Wardrop qui, à peu près à la même époque, rendit un service important à la science ophthalmologique, en donnant de l'inflammation de la cornée une description qui va nous servir de base. D'autres ophthalmologistes, Saunders, M. Travers, se sont aussi occupés du même sujet; mais, je dois le dire, la description qu'ils donnent de cette affection, est beaucoup plus vagueque celle de M. Wardrop. Conçoit-on, d'après cela, qu'en 1820 M. Hauffbauer ait pu être considéré comme le premier observateur de cette affection? C'est là, il faut en convenir, une de ces erreurs qui ne se répètent que trop souvent, et qui trouvent leur source dans l'ignorance où l'on est des travaux de nos devanciers? Dans ces dernières années, MM. Mirault (d'Angers) et Sanson ont étudié spécialement cette maladie, et ont même écrit des monographies remarquables. M. Velpeau n'est pas resté en arrière sur cette question. Tout le

monde connaît l'excellent travail publié par ce chirurgien dans la dernière édition du *Dictionnaire de médecine*. On trouvera d'ailleurs ici l'expression exacte et fidèle de ses idées sur ce sujet qui, il faut le dire, est un des plus intéressants de l'ophthalmologie.

L'inflammation de la cornée a reçu différents noms, c'est ainsi qu'on l'a appelée *cornéite*, *cératite*, *kératite*. C'est sous cette dernière dénomination qu'on la désigne de nos jours.

La kératite est aiguë ou chronique, diffuse ou circonscrite, générale ou partielle. La division de cette maladie établie par M. Wardrop en *externe* ou *superficielle*, en *interstitielle* ou *moyenne* et en *interne* ou *profonde*, a été regardée par quelques esprits superficiels comme trop minutieuse et basée plutôt sur la théorie que sur l'observation rigoureuse des faits. Je n'ai rien à répondre à une pareille assertion ; qu'on examine avec soin et sans prévention aucune les malades affectés de kératite, et on se convaincra que cette division n'est pas, comme tant d'autres, une simple invention de l'esprit, mais l'expression rigoureuse des faits. On verra en outre qu'elle apporte des modifications importantes et dans le pronostic et dans le traitement. Tous ceux qui ont suivi le service de M. Velpeau à l'hôpital de la Charité savent à quoi s'en tenir sur ce point.

Nous admettons donc les trois variétés de la kératite énoncées précédemment, et chacune d'elles va être le sujet d'un examen spécial. Mais auparavant, je crois devoir présenter quelques considérations sur certains phénomènes généraux qu'il est utile de connaître.

Lorsque la cornée s'enflamme, son tissu offre

un aspect de différentes couleurs dont la connaissance est utile pour établir le diagnostic différentiel. Examinée dans les différentes phases de son inflammation, la cornée présente quatre nuances bien distinctes :

Première nuance. — Teinte verdâtre. — Pour bien l'observer, il faut placer le malade à l'ombre. La couleur de la cornée ressemble alors à celle de la mer; c'est de là que lui est venu le nom de teinte *vert-d'eau*. Il n'est pas démontré que ce phénomène soit une dépendance d'un changement dans le tissu de la cornée; M. Velpeau serait porté à penser qu'il est le résultat d'une modification dans l'humeur aqueuse contenue dans la chambre antérieure. Mais, je me hâte de le dire, ce n'est là qu'une opinion formulée *à priori*, et à laquelle M. Velpeau n'attache pas une grande importance. Ce qu'il importe de savoir, c'est que c'est au début de l'inflammation que cette teinte s'observe.

Seconde nuance.— Teinte brunâtre.—Telle est la couleur qui, lorsque l'inflammation persiste, succède ordinairement à la teinte *vert-d'eau* dont je viens de parler. Cette nuance offre une particularité qu'il ne faut point oublier. La surface libre de la cornée se couvre de granulations d'un très petit volume, tantôt répandues çà et là, tantôt agglomérées sur un seul point. Cette nuance dépend évidemment d'une modification dans le tissu de la cornée, et peut même être rapportée à la lame externe de cette membrane. Nous verrons aussi qu'elle est un des symptômes de la kératite superficielle.

Troisième nuance. — Teinte jaunâtre. — Ce symptôme est, sans contredit, plus grave que les deux précédents. En effet, l'expérience dé-

montre qu'il est toujours l'indice d'une affection plus ou moins profonde de la cornée. C'est ici le tissu propre de cette membrane qui se trouve affecté. Cette couleur jaune s'observe d'abord à la circonférence, et représente tantôt un cercle complet, tantôt un arc de cercle plus ou moins grand. Dans ce dernier cas, c'est ordinairement à la partie inférieure de la cornée qu'on aperçoit ce phénomène. Il est important de bien se familiariser avec ce symptôme; car, à son début, on pourrait facilement le prendre pour un phénomène naturel dû à la réunion de la cornée avec la sclérotique. Si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, on voit cette couleur jaune s'avancer progressivement vers le centre de la cornée et envahir bientôt toute cette membrane. Il est rare alors que la vision ne soit pas plus ou moins compromise.

Quatrième nuance. — *Teinte roussâtre.* — Cette épithète n'exprime pas très bien l'état de la cornée que l'on veut définir. En ce sens, M. Wardrop a été plus heureux en le désignant par la dénomination de *teinte de pierre à fusil.* Ceux qui ont observé avec soin des maladies de la cornée, et qui ont été à même de constater la couleur dont je parle, sentiront facilement combien est juste cette dernière dénomination. L'observation démontre que cette nuance débute ordinairement par le centre de la cornée, et qu'elle s'étend peu à peu vers la circonférence de cette membrane. C'est encore, comme la nuance précédente, le symptôme d'une affection profonde de la cornée.

Outre les changements de couleur que présente la cornée lorsqu'elle est le siége de l'inflammation, on a noté aussi des suffusions, des

espèces de nuages. Il n'est pas rare, en effet, d'observer au début d'une kératite aiguë quelque chose d'analogue à ce que présente une glace très propre et sèche sur laquelle on vient de souffler. Cette suffusion, cette espèce de nuage est ordinairement diffuse; quelquefois cependant elle affecte une forme déterminée analogue à celle de la cataracte à trois branches. J'ai observé deux cas de ce genre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. La vision est plus ou moins troublée; c'est ce que les malades expriment en disant qu'ils ont un brouillard, un nuage devant leurs yeux. Ce phénomène est évidemment dû à un épanchement léger de matière plastique entre les lames de la cornée. L'état de suffusion dans ces cas, pourrait aussi dépendre d'un trouble dans l'humeur aqueuse.

D'après ce que j'ai dit dans l'introduction de ce livre, sur la vascularisation de l'œil en général, il est facile de deviner sous quelle forme ce phénomène se présente dans la kératite. Des généralités sur ce point seraient donc inutiles; d'ailleurs, nous aurons à nous occuper d'une manière spéciale du genre de vascularisation que présente chacune des variétés de la kératite.

Mais il n'en est pas de même de deux phénomènes généraux dont je vous ai déjà dit quelques mots, et qui doivent fixer un instant mon attention, puisqu'ils accompagnent toujours à des degrés différents, il est vrai, toutes les nuances de la kératite : je veux parler de la photophobie et du larmoiement. Ceci sera dit, d'ailleurs, par anticipation pour l'iritis qui présente aussi, comme nous le verrons, ces deux phénomènes.

Si l'on parcourt les différents traités d'ophthal-

mologie, on verra que la plupart des auteurs considèrent la photophobie et le larmoiement comme les symptômes, non-seulement d'une kératite ou d'un iritis, mais encore d'une inflammation de la conjonctive. C'est là une erreur que M. Velpeau n'a pas manqué de signaler dans ses leçons. Le raisonnement et l'expérience démontrent en effet que ces deux phénomènes ne peuvent point dépendre d'une inflammation simple de la conjonctive, et qu'ils se rapportent toujours à une lésion quelconque de la cornée, de l'iris ou de la rétine. Ici encore, et cela ne saurait être trop répété, la cause première de cette erreur est facile à saisir ; peu habitués à différencier toutes les variétés d'ophthalmie, comprenant sous une même dénomination plusieurs lésions diverses de l'œil, les observateurs n'ont évidemment pas fait attention que sur les sujets qui ont été soumis à leur examen, la conjonctivite était compliquée d'une des inflammations dont je viens de parler. Conçoit-on en effet, pour ne nous occuper d'abord que de la photophobie, qu'une lésion quelconque de la conjonctive puisse produire ce phénomène? Cette membrane a-t-elle quelque rapport direct avec la vision? Évidemment non. Dans certains cas de conjonctivite, il est vrai, on voit les malades couvrir soigneusement leurs yeux et prendre toutes les précautions pour les dérober à la lumière; mais qu'on ne s'y trompe point, c'est là un phénomène qui, analysé avec soin, ne peut se rapporter en aucune manière à la photophobie; il trouve évidemment sa cause dans la douleur cuisante et superficielle que procure le contact de l'air sur la conjonctive enflammée. De plus, les malades tiennent ainsi leurs yeux fermés et

leurs paupières immobiles, parce que les moindres mouvements de ces voiles membraneux leur causent la sensation douloureuse de gravier dont j'ai déjà parlé. Cette explication est si rationnelle et si juste, que, pourvu toutefois que la conjonctivite existe sans complication, si on maintient les paupières écartées l'une de l'autre, les malades éprouvent, il est vrai, des douleurs cuisantes mais ils distinguent très bien les objets sans la moindre peine. M. Velpeau est si bien convaincu de ce que j'avance, que toutes les fois qu'à l'hôpital de la Charité, un malade offre le symptôme qui nous occupe en ce moment, il affirme hardiment, avant même de s'être livré à un examen minutieux, qu'il y a une kératite, ou un iritis ou une rétinite; et je puis affirmer pour mon compte que ce symptôme ne l'a jamais trompé.

Il ne faudrait pas croire pourtant que toutes les variétés de la kératite, présentent la photophobie au même degré. C'est ainsi qu'elle est peu marquée dans la kératite chronique, et dans la kératite diffuse. Mais c'est surtout dans la kératite aiguë avec ulcération qu'elle acquiert son plus haut degré d'intensité. Le contact de l'air avec la surface ulcérée rend facilement compte de ce phénomène.

Le larmoiement est un symptôme plus caractéristique encore que le précédent. On peut même dire que rien ne différencie mieux les affections de la cornée de celles de la conjonctive. Dans la conjonctivite, en effet, c'est une sécrétion de mucus plus ou moins épais que l'on observe. Dans la kératite, au contraire, c'est un liquide clair, limpide, ce sont les larmes enfin, qui s'écoulent hors de l'œil en plus ou moins

grande abondance, et il n'est pas possible de confondre ce deux produits de sécrétion.

J'ai déjà dit que la kératite existe tantôt à l'état aigu, tantôt à l'état chronique. C'est là un fait d'observation qu'il n'est pas permis de révoquer en doute. Ce sera donc sous ces deux états que nous étudierons les inflammations de la cornée.

Kératite aiguë.

Cet état inflammatoire de la cornée, que M. Mirault, en 1823, a décrit le premier en France d'une manière particulière, est sans contredit le plus fréquent. L'état chronique n'en est même le plus souvent qu'une conséquence. Il ne faudrait pas cependant admettre cette dernière proposition d'une manière trop générale, car il n'est pas très rare de voir la kératite affecter le type chronique à son début. J'ai observé plusieurs exemples de ce genre dans le service de M. Velpeau.

Quoi qu'il en soit, les causes de la kératite aiguë sont externes ou internes. Parmi les premières, on doit placer les blessures, les contusions, une action nuisible enfin des agents extérieurs. Les causes internes sont beaucoup moins évidentes; on peut même dire que, dans le plus grand nombre de cas, elles nous échappent comme dans une foule d'autres affections. Toutefois il est bon de savoir que, suivant que la kératite est due à l'une ou à l'autre de ces deux genres de causes, elle offre une marche particulière. Ainsi, lorsque la maladie est due à une cause externe et surtout lorsqu'il existe une solution de continuité dans le tissu affecté, la cornée revêt promptement la

teinte de *pierre à fusil*, dont j'ai parlé plus haut; cette membrane s'épaissit, se ramollit infiniment plus vite, et passe souvent à la suppuration. Si, au contraire, la kératite est due à une cause interne, la cornée commence par perdre de sa transparence, et revêt une teinte opaline plus ou moins foncée, son tissu ne se ramollit que peu à peu : les douleurs sont sourdes, profondes, s'irradient dans le fond de l'orbite, tandis que dans le cas précédent elles sont superficielles et cuisantes. Il ne faudrait pas croire cependant que la kératite due à une cause externe, soit généralement plus dangereuse que celle qui reconnaît une cause interne. Il n'est pas rare, en effet, de voir des blessures de la cornée guérir promptement, sans produire le moindre accident. L'opération de la cataracte par extraction en est une preuve.

Sortons maintenant de toutes ces généralités et arrivons à quelque chose de plus précis, en examinant en particulier chacune des trois variétés de la kératite.

A. *Kératite superficielle.* — C'est ici la lame superficielle de la cornée qui est le siége de l'inflammation. Cette affection est souvent due à une conjonctivite. Dans tous les cas, le tissu conjonctival qui avoisine la cornée, prend toujours une part plus ou moins grande à l'inflammation. Cette première nuance de la kératite est sans contredit la plus légère de toutes. Les caractères qui la décèlent aux yeux de l'observateur sont les suivants : On aperçoit d'abord une légère suffusion, qui, examinée avec soin, réside évidemment sur la membrane externe de la cornée; c'est ici ce phénomène que j'ai comparé à celui que présente une glace sur laquelle on vient de souffler. Bientôt la surface libre de la cornée

perd son poli et se couvre de petites granulations, tantôt agglomérées sur un seul point, tantôt répandues çà et là. Ces petits corps que l'on ne peut pas toujours apercevoir à l'œil nu, mais qui sont évidents à la loupe, sont comparables de tous points à ceux que nous avons observés dans la conjonctivite granuleuse. Maintenant, ces granulations sont-elles, comme dans la blépharite et dans la conjonctivite, une dépendance de l'hypertrophie de corps glanduleux siégeant sur la membrane superficielle de la cornée? C'est là une question qui doit peu intéresser les praticiens.

J'ai déjà dit que la portion de la conjonctive qui avoisine la cornée participe ordinairement plus ou moins à l'inflammation. Cette membrane présente en effet, dans ce point, une vascularisation qui se prolonge plus ou moins sur la cornée tantôt sous forme de petits filets sanguins très déliés, tantôt sous forme d'une plaque semi-lunaire ou triangulaire dont la base repose sur la conjonctive, et le sommet s'avance plus ou moins vers le centre de la cornée, et se termine souvent par une petite pustule, ou simplement par une plaque blanchâtre. Ces phénomènes méritent d'être pris en considération eu égard à la continuité de la conjonctive avec la membrane externe de la cornée. La vascularisation de la conjonctive offre ici une teinte purpurine un peu foncée; les vaisseaux qui la composent sont tortueux, mobiles, entre-croisés ensemble et faciles à distinguer de ceux qui sont placés au-dessous et que l'on observe quand le tissu propre de la cornée se trouve affecté.

Lorsque l'inflammation est intense, la membrane externe de la cornée se soulève quelque-

fois sous forme de phlyctène ; une certaine quantité de lymphe plastique, ou même de pus, s'épanche entre cette première couche et le tissu propre de la cornée ; de là souvent des abcès qui s'ouvrant au dehors produisent des excoriations semblables à celles de la peau. Quelquefois, au lieu de s'ouvrir au dehors, ces petits dépôts gagnent l'intérieur, et sont alors la cause d'une kératite intense. Il peut se faire encore, et je dois même dire que ces cas sont les plus fréquents, que la résolution de ces petits épanchements s'opère sans qu'il survienne le moindre accident.

La cornée peut subir encore des altérations plus profondes. Quelquefois, en effet, elle présente une coupure en biseau, comme si on l'avait tranchée d'un coup d'ongle ; d'autrefois on observe une ou plusieurs dépressions à fond transparent. Il est rare que, dans ces cas, une ulcération plus ou moins profonde ne survienne ; nous nous occuperons plus tard de cette complication.

Dans cette première nuance de la maladie, lorsqu'elle existe à l'état simple sans complication du tissu propre de la cornée, la photophobie et le larmoiement sont peu marqués. Les malades aperçoivent les objets ; mais ce n'est qu'à travers un brouillard plus ou moins épais. Le plus souvent cette maladie n'offre pas de gravité ; traitée convenablement à son début, elle guérit ordinairement en peu de jours, et lorsque la membrane n'a pas été détruite, tout rentre dans l'ordre après la cessation de l'inflammation.

B. *Kératite interstitielle* — C'est ici la nuance qui mérite, à proprement parler, le nom de kératite. L'inflammation réside en effet dans le tissu propre de la cornée. Les caractères anatomiques quelle présente sont les suivants : Ce n'est

plus ici, comme dans le cas précédent, une suffusion légère superficielle, avec granulation évidente. La transparence de la cornée paraît troublée profondément. Lorsque la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, la membrane transparante de l'œil offre successivement les différentes espèces de teinte dont j'ai parlé plus haut et dans l'ordre que j'ai indiqué. Les malades se plaignent d'un brouillard qui les empêche de distinguer les objets, et que le chirurgien aperçoit à peine; ils éprouvent dans l'œil une douleur sourde et profonde. C'est dans cette variété surtout que la vascularisation offre des caractères importants à noter. Dans l'étendue d'une ligne environ autour de la cornée, les vaisseaux de la sclérotique sont plus ou moins injectés, et constituent un cercle rouge dont on se rendra facilement compte, si on se rappelle ce que j'ai dit sur les anastomoses vasculaires qui s'établissent sur ce point. Les vaisseaux de la sclérotique communiquent évidemment avec ceux de la cornée; ces derniers se présentent sous forme de petits filaments à peu près parallèlles et dirigés de la circonférence vers le centre. Ces vaisseaux sont surtout apparents lorsqu'il existe une ulcère sur la cornée. Dans le plus grand nombre de cas, la conjonctive ne prend aucune part à l'inflammation; ses vaisseaux ne sont point injectés; tout se passe pour ainsi dire au-dessous d'elle. Si la maladie persiste, le cercle rouge dont j'ai parlé revêt une couleur grisâtre; c'est alors que les auteurs le désignent sous le nom de cercle *arthritique*. Nous examinerons plus tard la valeur de cette dénomination. Assez souvent aussi il se fait un épanchement de lymphe plastique entre les lames de la cornée, épanchement qui pourrait donner lieu à un ab-

cès. Mais je me hâte de le dire, dans le plus grand nombre de cas la résolution s'opère à l'aide d'un traitement convenablement dirigé. J'ai observé un grand nombre d'exemples de ce genre dans le service de M. Velpeau à l'hôpital de la Charité.

La photophobie et le larmoiement sont ici très prononcés, surtout lorsqu'il existe une ulcération.

Cette nuance de la kératite est sans contredit la plus dangeureuse de toutes, et mérite de la part du chirurgien un soin extrême. Il ne faudrait pas pourtant se faire illusion sur sa gravité, car attaquée au début par les moyens que nous indiquerons plus tard, elle cède ordinairement et tout rentre dans l'ordre. Mais les chirurgiens doivent être bien prévenus que cette affection compromet toujours plus ou moins la vue lorsqu'on néglige de l'attaquer au début par les moyens appropriés, et lorsque l'inflammation a déjà imprimé certaine altération dans le tissu affecté.

C. *Kératite profonde.* — L'inflammation a ici son siége dans la portion de la membrane de Descemet ou de Demours, qui revêt la face postérieure de la cornée. Cette nuance de la kératite a été assez peu étudiée, et est encore peu connue. Dans les différentes descriptions qu'on en a données, il est évident qu'on a confondu ici des signes de l'iritis avec des symptômes de la maladie qui nous occupe. M. Schindler en admet deux variétés: une pour la face postérieure de la cornée, l'autre pour le devant de l'iris; mais les faits sur lesquels il se fonde pour établir cette distinction ne sont pas assez concluants, et de nouvelles recherches sont encore nécessaires sur ce point. M. Jüncken a dit, et d'autres l'ont répété après

lui, que dans cette nuance de la kératite, on distingue sur la face antérieure de la membrane de l'humeur aqueuse de petits vaisseaux, des plaques opaques. Je ne sais pas jusqu'à quel point cette opinion est fondée; je dois dire cependant que d'après les observations de M. Velpeau, et d'après l'examen que j'ai fait moi-même des malades admis dans le service de ce chirurgien, l'existence de ce phénomène est loin d'être démontrée, et qu'il ne doit encore être considéré que comme possible.

Quoi qu'il en soit voici les signes au moyen desquels on peut la reconnaître : Le tissu de la cornée et sa membrane externe sont évidemment à l'état sain; on n'aperçoit aucun phénomène vasculaire sur la conjonctive et sur la sclérotique; tout se passe ici profondément. C'est une espèce de nuage plus ou moins épais situé derrière la cornée. L'humeur aqueuse semble avoir perdu sa transparence. C'est ce qui a porté M. Wardop à conclure qu'un épanchement de lymphe plastique dans la chambre antérieure est le signe pathognomonique de cette affection.

M. Velpeau croit pouvoir conclure, d'après ses propres observations et d'après ce qui a été dit par les auteurs, que la kératite *profonde* est plus commune qu'on ne le pense, et que ce serait à tort que les chirurgiens ne dirigeraient pas leurs recherches sur un sujet qui est encore assez mal connu.

Telles sont les trois nuances de la kératite, décrites par M. Velpeau, et on peut voir, d'après ce que je viens de dire, qu'il est important de ne point les confondre dans la pratique. Il ne faudrait pas croire pourtant qu'elles se trouvent ordinairement séparées; ce ne sont là, au con-

traire, que des cas exceptionnels. Il est pourtant vrai de dire que presque toujours une des trois nuances que je viens de décrire domine sur les autres ; c'est sous ce point de vue qu'il est utile de bien se familiariser avec chacune d'elles. Il est d'ailleurs facile de comprendre qu'elles sont loin d'offrir toutes la même gravité; et que cette considération suffit à elle seule pour légitimer la division précédente.

Je ne puis passer outre sans dire que la kératite ne se développe pas toujours par phases régulières; l'inflammation arrive parfois tout à coup au plus haut degré possible. Qu'on se rappelle ce que nous avons dit à ce sujet en traitant des conjonctivites et des blépharites *purulentes*. C'est ce que l'on observe encore assez souvent chez les sujets qu'on vient d'opérer de la cataracte par extraction, quelquefois même par abaissement, et cela sans qu'il soit possible de le soupçonner d'abord. Je citerai à ce sujet le fait suivant qui s'est passé dans le service de M. Velpeau, dans le courant du mois de juin dernier. Une malade, douée d'une bonne constitution, entre à l'hôpital pour être opérée d'une cataracte. L'opération par abaissement est indiquée; M. Velpeau la pratique sans aucune espèce de difficulté. Trois jours après, une inflammation violente se déclare, la cornée s'enflamme, se ramollit, se perfore et l'œil se vide. Ce sont là des faits qui devraient être proclamés bien haut et qui prouvent combien les chirurgiens doivent être réservés dans le pronostic d'une opération quelquefois bien simple.

L'état d'inflammation diffuse et générale que je viens de décrire est sans contredit le plus fréquent. La kératite peut cependant se présenter

sous une autre forme. Ainsi elle peut être circonscrite ou partielle. Mais, comme dans ces cas, il existe presque toujours une pustule, une phlyctène, une ulcération, nous aurons à nous en occuper en traitant de ces affections.

La résolution, l'ulcération, la suppuration et la mortification sont les terminaisons ordinaires de la kératite. Je ne dirai ici que quelques mots sur la première de ces terminaisons. Les trois autres seront étudiées plus tard.

Quoique la résolution soit dans tous les cas la terminaison la plus heureuse, il peut se faire pourtant qu'il en résulte un trouble plus ou moins grand dans la vision. Si cette terminaison s'opère sans qu'il se soit fait aucun épanchement, aucune infiltration entre les lames de la cornée, la vision se rétablit complétement et tout rentre dans l'ordre le plus parfait. Si, au contraire, la résolution ne commence que lorsque la cornée a déjà subi un certain degré de ramollissement, il peut en résulter une dépression, une espèce d'inégalité qui, sans altérer la transparence de cette membrane, est capable de jeter un trouble plus ou moins grand dans l'accomplissement des fonctions visuelles. Je dois même ajouter que, s'il s'est fait quelque épanchement de lymphe plastique entre les lames de la cornée, il est rare qu'il disparaisse complétement; de là une néphélion, un albugo ou un leucoma dont nous aurons à nous occuper plus tard.

Il est facile de voir, d'après ce qui précède, que l'inflammation de la cornée doit être attaquée à son début.

Traitement de la kératite aiguë.

Rien ne fait mieux ressortir l'utilité, la nécessité même d'étudier les maladies des yeux, d'après les tissus qui se trouvent affectés, que le vague que présente la thérapeutique de la kératite. Si on parcourt en effet ce qui a été dit sur ce sujet par les différents auteurs, on ne tarde pas à se convaincre que c'est là une question qui mérite d'être reprise en entier. C'est une de ces affections contre lesquelles tout a été essayé, vanté et rejeté tour à tour. Suivant les uns, en effet, tout réussit; suivant les autres, tout échoue; d'après ceux-ci, les topiques constituent la meilleure médication; d'après ceux-là, ces moyens sont toujours nuisibles, et doivent par conséquent être rejetés. Cette diversité d'opinions trouve évidemment sa source dans le peu de soins qu'on a mis à distinguer les différentes variétés de la kératite et aussi dans la manière dont on a envisagé l'ophthalmologie sous le point de vue de sa spécificité. M. Velpeau ne croit pas avoir complétement éclairci cette question ; mais il pense avoir placé le traitement de la kératite dans une bonne voie. Que les observateurs imitent son exemple, et la thérapeutique de cette affection fera de jour en jour des progrès réels.

L'inflammation de la cornée réclame une médication générale et une médication locale.

1° *Médication générale.* — Si dans l'étude de la plupart des maladies que nous avons examinées jusqu'ici, nous avons dit et prouvé qu'on ne doit pas attacher une grande importance aux

moyens thérapeutiques généraux, que ce n'est là qu'une médication palliative et adjuvante, il n'en est plus de même pour la kératite. Il ne faudrait pas croire pourtant que le traitement général suffit toujours pour amener la guérison de l'inflammation de la cornée; car il est une foule de cas où cette médication appelle à son aide un traitement local. Les détails dans lesquels je vais entrer feront comprendre toute la pensée de M. Velpeau sur ce sujet.

Le traitement général de la kératite comprend deux grandes classes; dans la première sont rangés les émissions sanguines et les dérivatifs externes; dans la seconde, les purgatifs et les altérants. Passons en revue chacun de ces moyens, et voyons quelle est leur valeur.

Émissions sanguines. — Pour peu que l'inflammation soit intense, il faut débuter par une saignée générale. C'est là un précepte qu'il n'est permis de négliger que quand il existe quelque contre-indication impérieuse. Il est inutile d'ajouter que cette émission sanguine doit être toujours proportionnée à la constitution des sujets et à l'état de leurs forces. On a beaucoup discuté sur la préférence qu'on doit accorder à l'ouverture d'une veine ou à celle de l'artère temporale. *A priori* l'artériotomie semblerait devoir produire de plus heureux résultats; mais M. Velpeau ne pense pas que les faits soient ici d'abord avec la théorie. Toutefois ce chirurgien n'a pas assez expérimenté ce moyen pour le juger d'une manière absolue. Toujours est-il que la phlébotomie lui a souvent procuré les résultats qu'il en attendait; et il ne pense pas que, jusqu'à de nouvelles preuves, on doive lui préférer l'ouverture de l'artère. On s'est demandé

aussi si l'ouverture de la jugulaire externe n'était pas plus efficace que celle d'une des veines du pli du bras. Cette espèce de saignée serait peut-être plus rationnelle ; mais malheureusement les veines du cou ne donnent pas toujours une assez grande quantité de sang ; or, dans la kératite, dont les progrès sont quelquefois si rapides, c'est là une raison suffisante pour mettre de côté ce moyen. C'est donc en définitive par les veines du bras qu'on doit tirer le sang. Maintenant une autre question se présente : doit-on préférer les saignées copieuses, ou bien faut-il pratiquer de petites saignées, répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés? M. Velpeau a fait, sur ce sujet, une foule d'expériences, et il a affirmé dans ses leçons qu'il avait retiré tour à tour et suivant les cas d'excellents avantages de ces deux méthodes. Voici du reste la conduite de M. Velpeau à ce sujet : si le malade est jeune, robuste, vigoureux, d'une constitution éminemment pléthorique, il débute par une large saignée, qu'il répète le lendemain si les symptômes inflammatoires ne sont pas calmés. Dans ces cas aussi il fait usage des saignées *coup sur coup*, d'après la méthode de M. Bouillaud. Je peux affirmer que cette dernière méthode lui a quelquefois procuré rapidement les plus heureux résultats. Si, au contraire, le sujet est faible, d'une constitution délicate, M. Velpeau pratique de petites saignées à des espaces assez rapprochés; je dois ajouter néanmoins que, dans ces cas, il est très réservé sur l'emploi de cette médication. C'est en suivant cette pratique que je l'ai vu bien souvent juguler, ou du moins modérer des inflammations très intenses de la cornée.

Les sangsues sont sans contredit beaucoup moins efficaces que la saignée. Ce n'est pas cependant un moyen à rejeter de la pratique ; il aide l'effet de la phlébotomie, et semble agir d'une manière plus directe sur l'inflammation locale. On les applique tantôt autour de l'orbite, tantôt à la tempe, tantôt derrière les oreilles.

Les ventouses scarifiées, beaucoup vantées par M. Lawrence, ne m'ont pas paru mériter plus de confiance que les sangsues. C'est cependant une ressource à ne pas négliger, surtout lorsque l'inflammation tend à passer à l'état chronique.

On a beaucoup vanté les vésicatoires au bras à la nuque, aux tempes, sur le front; c'est là même une pratique assez généralement répandue. Il faut faire ici une distinction importante : si la kératite coïncide avec une constitution scrofuleuse, scorbutique, et si on suppose que les liquides de l'économie sont viciés, il est certain qu'alors ce moyen offrira de grands avantages; mais si l'inflammation de la cornée existe à l'état simple, sans complication aucune, l'expérience démontre que les dérivatifs externes, tels que les vésicatoires, les sétons, les moxas, ne sont d'aucune utilité. M. Velpeau a assez essayé ces différents moyens pour pouvoir les juger. Les vésicatoires volants, appliqués sur la face cutanée des paupières, sont au contraire très utiles dans certains cas. M. Velpeau a essayé un grand nombre de fois ce moyen, et il a dit qu'il a toujours paru modifier la maladie d'une manière plus ou moins avantageuse. L'inconvénient ici résulte de ce que les malades ne se soumettent que difficilement à l'usage de

cette médication ; et je ne sais pas jusqu'à quel point on pourrait les y engager, puis qu'on possède des ressources non moins efficaces. Quoi qu'il en soit les effets les plus évidents du vésicatoire appliqué sur le devant des paupières, sont de dissiper l'engorgement sanguin, de s'opposer à l'épanchement de matière plastique, de favoriser la résorption de cette matière lorsqu'elle est épanchée, et surtout de déterger les ulcères s'il en existe. C'est aussi un remède puissant à opposer aux suppurations commençantes de la cornée, aux premiers symptômes de l'onyx et de l'hypopion. Mais je dois ajouter que lorsque l'inflammation est diminuée, et qu'elle est sur le point de passer à l'état chronique, ce moyen perd son efficacité ; il faut alors avoir recours aux collyres dont nous parlerons bientôt.

Le vésicatoire ainsi appliqué paraît de prime-abord un moyen violent et dangereux ; il n'en est rien. M. Velpeau en a fait usage un très grand nombre de fois, et jamais, je puis le dire, je n'ai vu survenir les moindres accidents fâcheux. Son mode d'application exige d'ailleurs quelques précautions qu'il importe de connaître. On commence par frotter la peau des paupières avec du vinaigre ; puis, pour que l'épispastique se trouve en contact avec tous les points de la surface cutanée des paupières, on engage le malade à fermer modérément ces voiles membraneux sans les contracter. On applique ensuite le vésicatoire, et pour que le contact avec les tissus soit plus exact, on place par dessus un gâteau de charpie, de manière à remplir toute l'excavation orbitaire, et on maintient le tout avec un bandage approprié. Le lendemain, lorsqu'on enlève l'emplâtre, on trouve les paupières plus ou

moins gonflées. Cet état ne doit inspirer aucune crainte. On fait le pansement ordinaire, sans s'occuper de l'œil. Ce n'est guère qu'après trois ou quatre jours que les malades commencent à remuer librement les paupières, et qu'on constate une amélioration plus ou moins sensible dans la maladie. Lorsque ce premier vésicatoire est complétement sec, on en applique un second de la même manière. Il est rare qu'on doive y revenir plus de deux fois.

Les purgatifs sous différentes formes constituent la médication interne la plus généralement employée. C'est cependant une classe de moyens qui exige d'être maniée avec prudence, et dont l'efficacité est loin d'être constante. M. Velpeau en a essayé un très grand nombre, et il a dit qu'en général il n'en a pas retiré des avantages marqués. Cependant lorsqu'il existe quelque embarras dans les organes digestifs, on peut y avoir recours; c'est dans ces cas que M. Velpeau en conseille l'emploi; ils aident alors la guérison; mais, qu'on ne s'y trompe point, seuls ils sont incapables de la produire.

Il est deux rémèdes surtout dont on a beaucoup parlé, et dont on a exagéré sans contredit les heureux résultats; je veux parler de la teinture de colchique et du calomel. Si on lit avec attention les traités d'ophthalmologie, il sera facile de se convaincre que c'est contre la kératite et l'iritis que les auteurs ont préconisé les bons effets de la teinture de colchique. Ils ont même cru voir, dans ce rémède, quelque chose de spécifique contre la maladie qui nous occupe. M. Velpeau a également essayé ce moyen un grand nombre de fois, à des doses variées, et il n'en a jamais retiré des avantages marqués. C'est encore

là une de ces médications d'une efficacité douteuse à laquelle on ne doit avoir recours qu'avec ménagement, vu les symptômes inflammatoires qu'elle peut déterminer dans les organes digestifs. Quelquefois cependant M. Velpeau l'a associée à l'usage des topiques, et l'inflammation a paru en ressentir une heureuse influence. Mais, dans ces cas même, peut-on savoir d'une manière positive quelle est la cause réelle de l'amélioration de la maladie?

Le calomel est considéré par plusieurs praticiens, par les Anglais surtout, comme une espèce de panacée des maladies des yeux. M. Velpeau est porté à croire, et des faits nombreux le lui ont démontré bien souvent, qu'on a beaucoup exagéré l'efficacité de ce moyen et que les Anglais surtout se sont étrangement abusés sur ce point. Qu'on se livre à de nouvelles expériences comme l'a fait M. Velpeau à l'hôpital de la Charité, et on se convaincra bientôt qu'on s'est fait illusion à ce sujet. M. Velpeau a donné le calomel tantôt à dose altérante, tantôt à dose purgative, tantôt de manière à produire promptement la salivation, comme le recommandent Abernethy et M. Mackensie, et comme M. Pamard dit l'avoir fait avec succès. Hé bien, jamais la kératite n'a cédé à l'emploi de cette seule médication. Quelquefois, il est vrai, la maladie a paru en recevoir une heureuse influence, mais jamais elle n'a cédé complétement; dans les cas même les plus heureux, l'amélioration a été si lente à se manifester, qu'il a été douteux si elle était due plutôt au calomel qu'aux autres moyens employés concurremment ou même à l'action du temps.

On a aussi proposé d'employer contre la kératite, l'iode, le soufre et l'émétique.

Ce dernier moyen a été beaucoup vanté par MM. Lawrence et Mackensie. Ces chirurgiens en ordonnent quinze, vingt, trente grains dans les vingt-quatre heures ; ils l'associent quelquefois à l'opium et au soufre. Les faits qu'ils ont publiés à l'appui de leur opinion, semblent de prime-abord concluants; mais si on les examine avec soin, on ne tarde pas à émettre des doutes sur l'efficacité réelle de ce remède qu'ils ont employé concurremment avec une foule d'autres. M. Velpeau a, de son côté, expérimenté ce moyen et il s'est convaincu après un grand nombre d'essais qu'il est loin de mériter les éloges qu'on lui a accordés. Il y a définitivement renoncé.

L'iode et le soufre ont aussi été essayés à l'hôpital de la Charité, mais M. Velpeau s'est convaincu que ces deux moyens méritent encore moins de confiance que le précédent. Ce sont là, en résumé, des ressources que M. Velpeau n'emploie plus qu'en désespoir de cause, lorsque tous les remèdes rationnels ont fait défaut.

Au total donc la médication générale n'offre de moyen réellement curatif, que la saignée générale employée d'après les principes que j'ai émis plus haut. Tous les autres remèdes ne doivent être considérés que comme des adjuvants plus ou moins utiles.

Médication locale. — Quels que soient les bons effets d'une médication générale, il arrive assez souvent que la kératite ne cède pas complétement à l'emploi seul des remèdes que nous venons de passer en revue. Le plus souvent, il est vrai, sous leur influence l'inflammation diminue d'intensité ; mais assez souvent tout n'est pas fini, et c'est alors qu'il faut avoir recours à des

moyens locaux pour compléter la guérison. C'est ici surtout, qu'il est de la plus haute importance de bien distinguer les trois nuances de la kératite. Il s'en faut en effet, que chacune d'elles réclame les mêmes moyens locaux; et ce serait, je crois, perpétuer le vague qui règne sur la thérapeutique de la kératite, que de ne pas examiner en particulier le traitement qui convient à chacune de ces nuances.

On peut classer les topiques en deux ordres : les uns que l'on applique sur le siége même du mal, c'est-à-dire sur la cornée; ce sont des collyres et certaines substances pulvérisées; les autres sur les parties environnantes; ce sont les pommades, les onguents et les huiles.

Traitement de la kératite superficielle. — Les topiques du second ordre doivent être ici mis de côté. La lésion est trop superficielle pour que l'on s'arrête à la traiter par ces moyens, qui après tout n'ont qu'une action plus ou moins indirecte. C'est aux collyres astringents qu'il faut avoir recours. Les solutions de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, ont été tour à tour préconisées. M. Velpeau a fait une foule d'expériences sur ces différents moyens. Tous lui ont paru utiles; mais je dois dire que c'est le nitrate d'argent qui a produit les plus heureux résultats. Aussi, est-ce à ce collyre que M. Velpeau s'est définitivement arrêté; actuellement, c'est le seul qu'il emploie tant à l'hôpital de la Charité que dans sa pratique civile. Pour mon compte, mes observations me permettent de conclure que c'est là la médication par excellence, et je ne saurais trop engager les praticiens à y avoir recours dans la nuance de kératite qui nous occupe.

Il est inutile d'ajouter que pour peu que l'inflammation soit intense, il faut faire usage de la saignée, sans cela on s'exposerait à voir la phlegmasie envahir le tissu même de la cornée.

Traitement de la kératite interstitielle. — Si cette variété de la kératite existe sans ulcération aucune, les collyres ne sont pas d'une grande efficacité. C'est là un fait dont je me suis bien souvent convaincu, et sur lequel M. Velpeau s'est bien souvent appesanti dans ses leçons. Nous verrons plus tard que ces moyens sont héroïques contre certaines variétés d'ulcères de la de la cornée. On peut voir déjà combien il est important de bien distinguer toutes les variétés et toutes les complications de la maladie pour pouvoir lui appliquer le remède qui lui convient. On ne doit donc point compter ici sur les solutions de nitrate d'argent, de sulfate de zinc et d'acétate de plomb, employées en collyre, que nous venons de conseiller contre la variété précédente. Je dois ajouter toutefois que M. Velpeau a souvent employé avec succès le collyre suivant :

Extrait de belladone. . .	1/2 gros.
Laudanum de Sydenham.	10 à 30 gouttes.
Eau de rose.	4 onces.

Mais si la kératite est superficielle et s'il existe quelque ulcération, ce collyre est plus nuisible qu'utile.

L'iris ou le reste de l'œil, se trouvant dans la plupart des cas plus ou moins affecté, lorsqu'il existe une kératite interstitielle, on a proposé les préparations de belladone et d'opium, soit en lotion, soit en pommades autour de l'orbite. Ces remèdes ont encore été mis à l'épreuve par

M. Velpeau, et je suis en mesure de prouver qu'il n'en a pas retiré des avantages évidents. L'action de cette médication est si lente, qu'il m'a été impossible de déterminer d'une manière positive quelle était la part qu'elle pouvait avoir dans l'amélioration de la maladie.

Lorsque les malades éprouvent des douleurs violentes, M. Velpeau fait usage du laudanum pur, et de la solution aqueuse d'extrait thébaïque : quelques chirurgiens ont préconisé les bons effets de cette médication contre l'inflammation du tissu propre de la cornée. Les expériences de M. Velpeau à ce sujet, ne permettent pas d'accorder une grande confiance à ces deux moyens : ils calment évidemment les douleurs, mais ils ne modifient en aucune manière la marche de la maladie.

Mais une médication que j'ai vue souvent réussir dans le service de M. Velpeau, consiste dans des frictions mercurielles sur le devant de l'orbite. Je ne saurais trop engager les praticiens à faire usage de ce moyen. M. Stœber dit s'en être très bien trouvé dans les cas de kératite pustuleuse. On prend gros comme un pois de pommade mercurielle, et on en frictionne deux fois le jour la face cutanée des paupières et les téguments qui environnent l'orbite. Ce moyen est surtout efficace lorsqu'il existe quelque dépôt de lymphe entre les lames de la cornée et que la kératite est compliquée de blépharite aiguë. Si l'inflammation a quelque tendance à envahir l'iris, et si les douleurs sont violentes, M. Velpeau associe l'extrait d'opium à cette pommade.

C'est surtout contre cette variété de la kératite que le vésicatoire volant sur la face cutanée des

paupières, offre de grandes chances de succès. J'ai déjà donné des détails suffisants sur cette médication, je n'y reviendrai pas ici. Qu'il me suffise de dire que M. Velpeau a une grande confiance en ce moyen, et qu'il en recommande fortement l'emploi à tous les praticiens. Toutefois, disons-le en terminant, l'inflammation pure et simple du tissu propre de la cornée réclame avant tout une médication générale. C'est ici que les émissions sanguines générales méritent la plus grande confiance. Le plus souvent ce moyen suffit à lui seul pour amener une guérison complète. Toujours est-il, que c'est là la médication principale. Les topiques, quels qu'ils soient, ne sont que des moyens adjuvants plus ou moins utiles suivant les cas.

Traitement de la kératite profonde. — C'est ici surtout, comme on le comprend très bien, que les moyens locaux ont peu de prise sur la maladie. On peut cependant se servir, avec quelque avantage de frictions mercurielles et des vésicatoires volants sur la face cutanée des paupières. Les préparations de belladone peuvent être aussi de quelque secours. Mais ce sont les moyens généraux qui constituent évidemment la base du traitement. C'est à cette variété que s'applique tout ce que j'ai dit en parlant du traitement général de la kératite ; je n'y reviendrai pas.

Kératite chronique.

Peu étudiée et le plus souvent confondue avec d'autres maladies de l'œil, la kératite chronique n'avait pas fixé l'attention des auteurs d'une manière particulière avant que M. Mirault (d'An-

gers, en eût fait le sujet d'un travail intéressant (*Arch. gén. de Méd.*, 1834, 2e série, t. IV, pag. 553). Sauf quelques particularités dont M. Velpeau n'a pas encore pu apprécier toute la justesse, je dois dire que les considérations dans lesquelles est entré ce chirurgien sont d'une exactitude remarquable. Les diverses nuances de vascularisation y sont surtout étudiées avec le plus grand soin. Dans l'article *Cornée* du Dictionnaire de Médecine, M. Velpeau s'est lui-même attaché à distinguer ces deux états pathologiques de la cornée avec ou sans vascularisation. Aujourd'hui les avantages de cette distinction sont assez appréciés par tous les praticiens, pour que je me dispense d'en faire ressortir ici toute l'importance pratique.

La kératite chronique, comme je l'ai déjà dit, est souvent la conséquence d'une inflammation aiguë de la cornée; mais il arrive aussi, et ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, qu'elle se développe comme maladie primitive. C'est surtout sous ce dernier point de vue que je me propose d'en parler ici.

Les caractères anatomiques sont faciles à saisir. Ils sont différents, suivant que la maladie débute par le plein de la cornée, ou par la circonférence; aussi allons-nous les examiner dans ces deux cas.

C'est surtout lorsque la kératite chronique se développe sous l'influence d'une cause traumatique que le plein de la cornée est d'abord le siége du mal. Il ne faudrait pas croire pourtant que ce soit là une règle générale; j'ai vu plusieurs fois la maladie débuter ainsi d'une manière spontanée. Les caractères qui décèlent cette variété de la maladie sont les suivants : la cornée

perd sa couleur normale; elle devient pâle; on la dirait obscurcie par un léger brouillard; sa diaphanéité disparaît progressivement. Examinée à la loupe, on voit qu'elle a perdu son poli, et qu'elle est parsemée de petites plaques demi-opaques. Le temps que mettent ces symptômes à se développer n'est nullement déterminé; en effet, on les voit se montrer tantôt avec une certaine rapidité, tantôt, au contraire, et ces cas sont sans contredit les plus fréquents, avec lenteur. Il est à remarquer qu'ils se développent ordinairement sans que les malades éprouvent de la douleur, sans qu'il existe du larmoiement. Il est inutile d'ajouter que la vision est toujours plus ou moins troublée; c'est là même dans la plupart des cas, le seul signe qui au début avertit les malades de l'affection dont ils sont atteints.

Une observation dont j'ai pu souvent constater l'exactitude, dans le service de M. Velpeau, c'est que dans ces cas il est impossible de distinguer aucun vaisseau dans le tissu de la cornée.

La suffusion de la cornée dont je viens de parler, d'abord légère, fait ensuite des progrès. Lorsque la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, et nous verrons bientôt combien il est difficile d'obtenir un si heureux résultat, la membrane devient lactescente ou d'une teinte opaline; bientôt des flocons de lymphe se fixent entre les couches de son tissu. On observe alors un certain degré de larmoiement. Les frottements des paupières sur la cornée causent de la douleur. Il y a de la photophobie. La circonférence de la cornée et l'extrémité antérieure de la sclérotique ne tardent pas à se vasculariser. Il n'est plus possible alors de distinguer la variété

qui nous occupe en ce moment de celle dont je vais parler.

Lorsque la maladie débute par la circonférence de la cornée, les caractères dominants doivent être puisés dans le genre de vascularisation. L'anneau profond dont j'ai parlé en traitant de la kératite aiguë s'observe encore ici. Je dois ajouter pourtant qu'il est moins régulier et moins apparent. De son bord antérieur partent deux ordres de filets sanguins qui s'avancent en convergeant plus ou moins sur la cornée. Les uns superficiels peu nombreux et irréguliers appartiennent à la conjonctive et viennent se distribuer dans la lame superficielle de la cornée; les autres profonds, à peu près parallèles entre eux, appartiennent aux branches ciliaires, et viennent se répandre dans le tissu propre de la membrane. Au début de la maladie, cette vascularisation ne trouble point la transparence de la cornée. Ce sont alors tout simplement de petits filets rouges sans épanchement de lymphe plastique. Cette circonstance a été niée par M. Travers qui dit n'avoir jamais observé de filets sanguins qui ne fussent accompagnés d'un léger épanchement de lymphe plastique dans leur trajet. Je sais bien que plus tard ces vaisseaux sont accompagnés de traces opalines qui, quelquefois, finissent par se confondre et amener un obscurcissement total. Mais, je le répète, au début la vascularisation est franche et nette; on peut d'ailleurs facilement s'en convaincre par une observation attentive.

Il ne faudrait pas croire pourtant que ce genre de vascularisation fût toujours tel que je viens de le décrire. On observe à ce sujet une foule de nuances que je ne puis indiquer ici d'une ma-

nière précise, mais que l'observation des malades met à même de reconnaître. Ainsi, quelquefois la vascularisation n'occupe qu'une portion de la cornée; elle prend alors une forme semi-lunaire; dans ce cas elle a son siége tantôt aux extrémités du diamètre transversal, là où viennent aboutir les artères ciliares longues, tantôt aux extrémités du diamètre vertical, là où se rendent les artères ciliaires courtes. D'autres fois elle est superficielle; et alors ce sont évidemment les ciliaires antérieures anastomosées avec les rameaux musculaires qui la produisent. Il peut encore se faire qu'elle soit profonde et générale. Je n'entrerai pas dans plus de détails sur ce sujet. Nous aurons à revenir d'ailleurs sur la vascularisation de la cornée, en parlant des ulcères de cette membrane.

Aux signes que je viens d'indiquer, et à un trouble toujours plus ou moins prononcé de la vision, il est, dans la plupart des cas, assez facile de diagnostiquer la kératite chronique.

Les causes de cette affection, sont à peu près les mêmes que celles de la kératite aiguë. Il suffit d'ajouter qu'elles agissent avec moins d'intensité, ou bien que les sujets soumis à leur influence sont moins irritables. Je ne puis passer sous silence une des causes les plus communes et les moins bien appréciées, et sur laquelle M. Velpeau a beaucoup insisté dans ses leçons : elle consiste dans une blépharite chronique, une blépharite granuleuse de la paupière supérieure. Dans le service de ce chirurgien, j'ai été assez souvent à même de constater cette influence sur le développement de la maladie qui nous occupe.

La marche et la durée de la kératite chronique ne peuvent pas être déterminées d'une manière

précise. C'est une de ces affections qui désolent les malades et les chirurgiens par des alternatives continuelles de bien et de mal. A peine la croiraît-on sur sa fin, qu'on la voit bientôt reparaître; c'est là d'ailleurs un fait reconnu par tous les praticiens, et sur lequel je n'insisterai pas. Abandonnée à elle-même, elle peut durer indéfiniment et finir par dénaturer complétement la cornée. Il est à remarquer pourtant qu'elle n'entraîne que rarement la fonte de l'œil ou même la suppuration de la cornée. Dans tous les cas, c'est toujours une maladie fâcheuse; elle ne compromet point, il est vrai, la vie des malades; mais elle exerce toujours une influence plus ou moins nuisible sur la vision; bien souvent même, lorsqu'elle persiste longtemps, elle finit par laisser les malades dans un état voisin de la cécité.

Traitement. — Lorsqu'elle est ancienne et générale, la kératite chronique est une de ces maladies contre lesquelles tous les moyens thérapeutiques font défaut. On peut même dire que lorsqu'elle guérit, un pareil résultat est plutôt dû à la nature qu'aux efforts de l'art. C'est là une vérité que M. Velpeau a appuyée sur une foule de faits, et contre laquelle d'ailleurs personne n'élève de doute. Toutes les poudres, toutes les pommades, toutes les solutions, tous les collyres ont été essayés tour-à-tour à l'hôpital de la Charité, et, je dois le dire, jamais ces moyens divers n'ont paru modifier sensiblement la maladie : le vésicatoire sur le devant des paupières, qui de prime-abord semblerait devoir être utile, n'a pas offert plus d'efficacité. La mercurialisation, les purgatifs, les ventouses ne constituent pas une médication plus avantageuse. La cautérisation annulaire avec la pierre infernale, que

quelques chirurgiens ont préconisée, n'a pas paru devoir mériter plus de confiance.

Fatigués de tous ces insuccès, des chirurgiens se sont demandé si, en excisant les vaisseaux de la conjonctive autour de la cornée, on ne pourrait pas triompher de la maladie. Ils pensent empêcher par là le sang d'arriver au tissu morbide. Mais qu'on se rappelle ce que j'ai dit sur le mode de distribution des vaisseaux de l'œil, et on verra que les vaisseaux de la conjonctive ne se rendant qu'à la lame superficielle de la cornée, leur excision ne peut en aucune manière empêcher l'afflux du sang dans le tissu cornéal qui est alimenté par les artères ciliaires. Aussi cette opération est-elle loin de procurer des résultats satisfaisants. Cependant M. Velpeau a voulu expérimenter lui-même ce moyen; mais après plusieurs essais, il s'est convaincu de son inefficacité, et il y a définitivement renoncé.

On le voit, et je possède plusieurs faits qui le prouvent; il n'y a rien d'exagéré dans ce que je viens de dire, le remède de la kératite chronique ancienne et générale est encore à trouver; et on ne saurait trop engager les praticiens à diriger leurs recherches sur ce sujet.

Mais, hâtons-nous de le dire, il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque la maladie est récente, elle cède assez souvent à un traitement convenable. Si c'est le tissu propre de la cornée qui est affecté, il faut avoir recours à une médication générale. En pareil cas voici la conduite que suit M. Velpeau : Il débute par une saignée du bras plus ou moins copieuse suivant l'intensité du mal et la constitution du sujet. Le lendemain il donne une médecine; le quatrième jour il applique deux ventouses à la tempe; et deux jours

après il recommence la même médication à laquelle il associe les frictions mercurielles autour de l'orbite. Les collyres ne sont ici d'aucune utilité.

Mais si ce sont le couches superficielles de la cornée qui sont le siége du mal, le traitement doit varier. C'est alors aux topiques qu'il faut avoir recours. Les poudres de calomel, de bismuth, le laudanum, doivent être essayés. Les collyres astringents en général, et le nitrate d'argent en particulier sont surtout avantageux. Assez souvent j'ai vu M. Velpeau obtenir de ce dernier moyen des résultats que n'avaient pas pu procurer toutes les autres médications. C'est donc un remède auquel les praticiens peuvent avoir recours avec confiance.

Si l'excision des vaisseaux de la conjonctive est inutile lorsque la maladie a son siége dans les couches profondes de la cornée, il n'en est plus de même dans le cas qui nous occupe en ce moment. C'est un moyen qui offre ici de véritables chances de succès, et que l'on doit mettre en pratique lorsque la maladie a résisté aux remèdes précédemment indiqués.

Blessures de la cornée.

On observe sur la cornée les trois sortes de plaies généralement admises dans les autres tissus. De prime-abord, ces affections paraissent excessivement graves eu égard aux fonctions visuelles; il ne faudrait pas pourtant s'exagérer cette gravité; je citerai quelques cas où la guérison complète est survenue à la suite de plaies qui pouvaient faire craindre la cécité, la fonte de l'œil même. Les dangers des blessures de la

cornée varient d'ailleurs, suivant plusieurs circonstances qu'il est facile de prévoir : suivant qu'elles dépendent d'un instrument contondant ou tranchant; suivant qu'elles pénètrent ou ne pénètrent pas dans les chambres oculaires; suivant qu'elles se réunissent ou qu'elles ne se réunissent pas immédiatement; suivant qu'elles comprennent ou ne comprennent pas l'iris ou les parties profondes de l'œil; enfin, suivant leur étendue et selon qu'elles siégent ou ne siégent pas vis-à-vis de la pupille.

Contusions de la cornée. — Quelque grave que soit cette affection dans un grand nombre de cas, il est vrai de dire pourtant qu'elle peut avoir une terminaison heureuse. Les annales de la science renferment plusieurs exemples de ce genre. Guérin cite un cas où la cornée, rompue par un coup de poing, donna d'abord d'assez vives inquiétudes; cependant la guérison ne se fit pas longtemps attendre; elle fut complète. M. Velpeau a cité dans ses leçons les deux faits suivants : le premier malade était un garçon d'environ douze ans. Pendant qu'il jouait avec des fusées, une capsule lui blessa la cornée du côté gauche dans la partie externe. La plaie empiétait un peu sur la sclérotique qui était comme mâchée; elle avait environ deux lignes de diamètre. Pendant plusieurs jours les humeurs de l'œil s'écoulèrent par cette ouverture. Le malade éprouva pendant deux semaines des douleurs assez vives dans tout le côté gauche de la tête; cette région présentait une rougeur assez intense, à tel point qu'on craignait le développement d'un érysipèle. On fit usage de compresses d'eau froide et du régime anti-phlogistique. Cependant peu à peu tous les symptômes se calmèrent

et la guérison radicale survint sans compromettre en aucune manière les fonctions visuelles. Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme, âgé de vingt ans, dont la cornée fut blessée par une tête de clou. La plaie ne comprenait pas toute l'épaisseur de la cornée. La pupille dilatée comme dans l'amaurose, figurait un ovale dont la pointe, fort anguleuse, correspondait à la plaie. On observait derrière la chambre antérieure une suffusion assez prononcée, de telle sorte qu'on aurait pu croire à une cataracte commençante. Néanmoins, les fonctions visuelles n'étaient point troublées. On eut recours aux mêmes moyens thérapeutiques que dans le cas précédent, et la guérison fut complète au bout de huit jours. Nous devons ajouter néanmoins que la déformation de l'iris a persisté.

Mais, hâtons-nous de le dire, ces cas sont rares; la vision est toujours plus ou moins compromise par ce genre de lésion.

Piqûres de la cornée. — Il s'en faut que les piqûres de la cornée soient aussi dangereuses que les contusions de cette membrane. La kératonyxie en fournit tous les jours la preuve. Sans parler des faits qui ont trait à cette opération, la science en possède plusieurs autres. Je me bornerai à citer les deux cas suivants, dont parle Guérin : Une jeune fille a l'œil percé par les piquants d'un marron d'Inde; trois de ces pointes restent fixées dans le tissu de la cornée. On les retire, et la malade est guérie en peu de temps. La même terminaison eut lieu chez une demoiselle qui eut la cornée blessée par une pointe de ciseaux. M. Velpeau a observé deux cas du même genre, qui se sont terminés si heureuse-

ment qu'il n'est pas resté la moindre trace de la lésion.

Coupures de la cornée. — Dans un grand nombre de cas, ce genre de blessures de la cornée n'offre aucune espèce de gravité. Cette assertion est suffisamment justifiée par l'opération de la pupille artificielle et de la cataracte par extraction. Sans parler des faits qui se rapportent à ces deux opérations, les annales de la science en renferment d'autres qui prouvent qu'on aurait tort de trop s'effrayer des plaies de la cornée produites par un instrument tranchant. C'est ainsi que Tulpius et Guérin parlent d'un coup de flèche qui vida toute l'humeur aqueuse chez un malade qui fut complétement guéri en quelques jours. Un fait semblable est cité par F. de Hilden, et M. Velpeau en a mentionné dans ses leçons plusieurs autres qu'il avait observés lui-même, ou qui lui avaient été communiqués par d'autres chirurgiens. Les suivants sont dignes d'être rapportés ici : Le beau-fils d'un des premiers chirurgiens de Lyon, se livrant à des expériences chimiques, reçoit dans l'œil un fragment de fiole que venait de briser une violente détonation. La cornée est largement ouverte de bas en haut et de dehors en dedans; on crut que l'œil s'était entièrement vidé. Cependant le lambeau se réapplique de lui-même; on fait usage de saignées répétées, et de l'eau à la glace tenue constamment sur le devant de l'orbite. Aucun accident ne survint du côté de la plaie; mais dès le vingtième jour, on s'aperçut qu'une cataracte offrant tous les caractères de la cataracte membraneuse était établie. Un cordonnier, blessé de la même façon par la pointe d'un tranchet, qui divisa en même temps la paupière et l'iris,

guérit en dix jours sous l'influence des topiques froids, et de quelques émissions sanguines. Un cas plus intéressant encore s'est offert à l'observation de M. Velpeau, en septembre 1834. Un ressort tranchant saute, en se détendant, dans l'œil d'un malade; la cornée est incisée un peu obliquement de dehors en dedans dans presque toute l'étendue de son diamètre vertical. On se borne pour tout traitement à pratiquer une saignée du bras et à faire des lotions d'eau froide sur l'œil. Il ne survint aucune inflammation, et la réunion était si complète au bout de huit jours, que la vision n'en souffrait nullement, quoique la cicatrice passât directement sur la pupille. Je borne là ces citations, elles seront suffisantes pour engager les chirurgiens à ne pas se presser de porter un pronostic trop désavantageux dans les plaies de la cornée. Mais hâtons-nous de le dire, dans les cas d'évacuation presque entière du corps vitré, il n'est plus permis d'espérer le succès; l'œil est perdu sans ressource.

Quoi qu'il en soit, les blessures de la cornée exigent des précautions qui varient suivant le genre de lésion. C'est ainsi que, quand la plaie est large et qu'elle comprend toute l'épaisseur de la membrane, on doit recommander au malade de se tenir sur le dos pendant plusieurs jours et cela sans se livrer à des mouvements. Si, au contraire, le corps vulnérant n'a pas intéressé toute l'épaisseur de la cornée, rien ne s'oppose à ce que le malade prenne une autre position. On devine sans peine toute l'utilité de ce précepte.

Quant au traitement proprement dit, il est tout entier renfermé dans des émissions sanguines plus ou moins abondantes, plus ou moins

répétées suivant les cas, et dans des applications continues d'eau froide sur l'œil.

Mais il est une circonstance que je ne dois point passer sous silence.

Lorsque les plaies de la cornée ne se réunissent pas par première intention, et qu'elles ont leur siége vis-à-vis de la pupille, les fonctions visuelles sont fortement compromises. Les lèvres de la plaie deviennent alors le siége d'un travail, sur lequel M. Velpeau a fixé l'attention d'une manière toute particulière dans l'article *Cornée*, du Dictionnaire de Médecine. Je ne crois pas pouvoir mieux faire que de citer ses propres paroles :

« Les lèvres de la plaie s'épaississent considérablement et se ramollissent en même proportion. Perdant de leur transparence, et se renversant en dehors, elles donnent bientôt naissance à un relief, une sorte de bourrelet qui en impose facilement pour une hernie de l'iris. Cette proéminence, d'abord noirâtre ou roussâtre, ne tarde pas à prendre une teinte jaune ou même blanchâtre. Un pareil état gagne ensuite plus ou moins vers le centre de la cornée qui entre dès lors en pleine suppuration. Toutefois, comme c'est moins du pus que de la lymphe plastique, qu'une matière adhérente, demi-fluide qui s'est accumulée entre les lambeaux de la plaie ou infiltrée dans leur épaisseur, la guérison n'est pas toujours rendue impossible par cette sorte de suppuration. Les parties finissent assez souvent par se déterger insensiblement. Quand il doit en être ainsi, on voit au bout de huit à quinze jours la plaque jaune ou purulente se resserrer, puis perdre de son opacité et laisser paraître la teinte noirâtre primitive des tissus jusque dans le point

saillant de la blessure. Lorsque les produits épanchés sont en grande partie résorbés, la cicatrisation commence à s'opérer par seconde intention; mais elle n'est en général complète qu'après quatre ou six semaines. Un leucoma quelquefois très large, presque linéaire dans certains cas, en est du reste une suite presque inévitable. »

Le meilleur traitement pour prévenir la suppuration des plaies de la cornée, est le même que celui que je viens d'indiquer plus haut. Une précaution qu'il importe de ne point négliger, consiste à maintenir les lèvres de la plaie dans un contact aussi exact que possible. Pour cela, M. Velpeau pense que les matelas de charpie doivent être rejetés de la pratique, et qu'on doit se borner ici à placer le malade dans une position convenable, et à appliquer sur le devant de l'œil un bandeau qui agisse plutôt à la manière d'un voile que d'un bandage compressif.

Dès que la suppuration de la plaie est établie, il faut se comporter comme pour toute ophthalmie intense. Dans ces cas, M. Velpeau fait usage des saignées générales et locales, des dérivatifs soit internes, soit externes. Quant au bourrelet dont j'ai parlé plus haut, le meilleur moyen de le faire disparaître consiste dans une cautérisation adroite, avec le crayon de nitrate d'argent. Mais le moyen auquel M. Velpeau a le plus de confiance, c'est le vésicatoire volant appliqué sur le devant des paupières. Il est important aussi de faire des onctions avec la pommade de belladone sur les paupières ou à la base de l'orbite, afin d'empêcher le resserrement de la pupille et une hernie de l'iris.

Corps étrangers.

J'ai peu de choses à dire sur les corps étrangers de la cornée; car la plupart des détails dans lesquels je suis entré sur ce sujet à la fin du chapitre précédent, s'y rapportent de tous points. Mettant donc de côté les corps étrangers d'un certain volume et d'une certaine longueur, qui réclament d'ailleurs les mêmes procédés opératoires et les mêmes précautions, en ayant égard toutefois à la nature du tissu qui se trouve affecté, j'ai à dire quelques mots sur un autre ordre de corps étrangers, qui doivent fixer toute l'attention des praticiens. C'est ainsi qu'on a trouvé implantés dans le tissu de la cornée, des parcelles de silex, de caillou, d'une pierre quelconque, des grains de sable, de chaux, de plâtre, de charbon ou de poudre; des scories de métal, de fer ou d'acier; des fragments d'insecte, de quelque écorce, de quelque graine solide.

Il est facile de comprendre que ces corps ne doivent pas agir tous de la même manière. Les uns agissent mécaniquement, les autres par leurs propriétés chimiques. Ils présentent en outre des phénomènes différents, suivant qu'ils proéminent à la surface de la cornée, ou qu'ils sont complétement enfoncés dans les tissus. C'est ainsi que, dans le premier cas, les frottements qu'ils exercent sur la face muqueuse des paupières produisent une irritation continuelle qui ne cesse qu'après leur extraction. Le plus souvent, il est vrai, abandonnés à eux-mêmes, ils finiraient par se détacher. Mais il importe, comme on le comprend très bien, d'en faire l'extraction le plus tôt possible, pour mettre l'œil à l'abri des consé-

quences plus ou moins fâcheuses qui pourraient avoir lieu. Dans le second cas, au contraire, tout se passe dans le tissu de la cornée. Il se fait là un travail éliminatoire qui finit souvent par expulser au dehors ces petits corps; mais d'autres fois aussi, et ces cas sont moins rares qu'on ne le pense, ce travail n'a pas lieu, ou s'il existe, il est impuissant, et alors l'affection persiste pendant un temps plus ou moins long. M. Velpeau a mentionné dans ses leçons plusieurs exemples de ce genre. Il se passe d'ailleurs ici tout ce qu'on observe lorsque des corps étrangers sont arrêtés au sein des autres organes. Disons en terminant que toutes les fois qu'on peut faire l'extraction de ces corps, il importe d'en débarrasser la cornée; car, s'il est vrai que quelquefois ils restent longtemps implantés dans son tissu sans causer des accidents, il est vrai aussi, que le plus souvent ils finissent par compromettre l'organe sur lequel ils siégent.

Brûlures.

La cornée, comme toutes les autres parties extérieures du corps, est sujette à des brûlures. Ici, il est vrai, cette lésion est moins fréquente à cause de la protection des paupières, mais on l'observe quelquefois, et on en trouve plusieurs exemples dans les annales de la science. C'est ainsi que M. Mackensie de Glascow, dit l'avoir observée. M. Guthrie parle d'un cas où presque toute cette membrane fut transformée en escarre par l'essence de térébenthine embrasée. Un forgeron qui avait eu le devant de l'orbite frappé par un morceau de fer rouge, offrit à M. Velpeau une brûlure au premier degré sur

le quart inférieur de la cornée. La méprise d'un élève causa dans le service de ce chirurgien, un accident en tout semblable à celui dont parle Guthrie. Au lieu d'une solution de nitrate d'argent qu'avait ordonnée M. Velpeau, l'élève instilla dans l'œil du malade confié à ses soins, trois gouttes de nitrate acide de mercure. Sans pousser plus loin ces citations, on comprend facilement que les caustiques de toute espèce peuvent produire ce genre de lésion.

La nature du tissu de la cornée explique pourquoi ses brûlures ne présentent pas tout à fait les mêmes nuances que sur la peau. En général, on n'observe ici que la forme érythémoïde et l'escarrification plus ou moins profonde. Les escarres qui résultent de cette espèce de lésion, constituent une classe d'ulcères, qui assez souvent, lorsqu'elles sont superficielles, se cicatrisent avec une rapidité remarquable, sans laisser de trace de leur existence. Toutefois, si elles sont profondes, il est facile de comprendre qu'elles peuvent avoir des suites plus ou moins fâcheuses pour la vision. Je n'entrerai pas dans plus de détails sur ce sujet, j'aurai à m'en occuper en traitant des ulcères de la cornée.

Les brûlures de la cornée réclament à peu près les mêmes moyens thérapeutiques que ceux des autres tissus. L'eau froide, les émissions sanguines, puis les topiques émollients constituent la base du traitement. Pour hâter la chute des escarres, le vésicatoire volant est une ressource très avantageuse.

Ramollissement de la cornée.

Chacun sait que toutes les fois qu'un tissu quelconque s'enflamme, il perd de sa cohésion, et ses lames se raréfient plus ou moins, suivant la nature du tissu affecté. Ce n'est point de cette diminution de cohésion que je veux parler ici. C'est là un fait trop général et trop bien connu pour que je m'arrête à en donner une description particulière. Mais il existe une espèce de ramollissement de la cornée qui n'a pas assez fixé l'attention des auteurs, et sur lequel M. Velpeau a insisté dans ses leçons.

Lorsque la cornée a été pendant un certain temps le siége d'une inflammation, son tissu devient quelquefois assez mou, assez malléable pour ainsi dire, pour revêtir une forme anormale, et donner naissance à une maladie particulière. C'est ainsi que cette membrane de convexe qu'elle est dans l'état normal, devient plane, comme M. Mirault en donne un exemple dans lequel cette forme aplatie dépendait de la simple pression des paupières. D'autres fois elle s'avance en avant comme l'a observé M. Stœber, et dans ces cas, lorsque la cornée est ramollie vers son centre, elle s'allonge en cône et représente ce qu'on appelait autrefois *pommette*, *melon*. Si, au contraire, le ramollissement est partiel, et qu'il existe séparément sur plusieurs points, on observe tout autant de petites bosselures qu'on dirait, à cause de leur teinte noirâtre, être constituées par l'iris. On cite même des cas dans lesquels la cornée est si molle, que sa forme est sous la dépendance des simples contractions musculaires.

M. Velpeau a mentionné dans ses leçons, une espèce de ramollissement qui mérite de fixer l'attention des observateurs. Toute la cornée dont le tissu a éprouvé une très grande raréfaction, fait saillie entre le bord libre des paupières et forme là une bosselure de couleur noire, brune, ou un peu roussâtre, à peu près semblable à un staphylome de l'iris. Les sujets sur lesquels M. Velpeau a fait cette observation, étaient syphilitiques, ou du moins tout portait à le croire. Toujours est-il qu'ils étaient affectés de conjonctivite purulente.

Ces variétés diverses de ramollissement de la cornée sont toujours plus ou moins graves, eu égard aux fonctions visuelles. Il est assez rare, en effet, même dans les cas les plus heureux, que la cornée ne reçoive pas quelque déformation, et de là, nécessairement un dérangement dans la vision.

Lorsque la maladie ne dépend pas d'une cause spécifique, les collyres astringents constituent la meilleure médication. Dans les cas contraires, c'est à la cause supposée qu'il faut s'adresser. Ainsi dans le cas dont je viens de parler, M. Velpeau arrêta promptement les progrès du mal en attaquant le vice syphilitique. On peut aussi essayer avec beaucoup de chances de succès la cautérisation avec le nitrate d'argent. M. Velpeau s'en est très bien trouvé dans un cas où les collyres avaient fait défaut.

Gangrène.

M. Velpeau a admis trois variétés de gangrène de la cornée : une par excès d'inflammation, une par dissolution organique, et une enfin par arrêt

de circulation. En parcourant avec soin les faits qui ont été publiés sur cette affection, il est facile de se convaincre de la justesse de cette division.

Toujours plus ou moins grave, la gangrène de la cornée n'offre pas cependant les mêmes dangers dans tous les cas. On comprend en effet que, dans la première variété, l'affection peut ne pas entraîner la perforation de l'œil, et avoir une terminaison assez heureuse, en ne laissant à sa suite qu'un albugo ou un leucoma. La seconde variété est plutôt le symptôme d'une affection générale qu'une maladie locale. On en a observé un grand nombre d'exemples chez les cholériques. La troisième espèce, sans exposer à la mort, est dans tous les cas plus ou moins fatale à l'organe affecté; M. Velpeau dit que la perforation des chambres oculaires en est la suite à peu près inévitable.

Toutefois ce sujet exige encore de nouvelles recherches.

Quant au traitement, il est également différent dans chacune des variétés; ainsi d'après M. Velpeau, modérer la réaction inflammatoire par les émissions sanguines et les topiques émollients dans la première variété; modifier d'une manière convenable l'organisation, s'il est possible et recourir aux applications anti-septiques, dans la deuxième; détruire les brides, la compression, autant que la prudence le permet, dans la troisième: telles sont les indications à remplir jusqu'à la chute des escarres. La cicatrisation de l'ulcère réclame ensuite les mêmes moyens thérapeutiques, que celle qui survient à la suite d'une brûlure ou de toute autre solution de continuité ulcéreuse.

Perforations.

Je n'ai qu'un mot à dire sur les perforations de la cornée comme suite ou complication de la kératite. Cette lésion s'observe surtout à la suite de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, de l'ophthalmie d'Egypte et de l'ophthalmie blennorrhagique. Nous nous en sommes déjà occupés en traitant de ces différentes affections. On observe alors une portion de la cornée, presque toujours son centre, qui se ramollit et passe rapidement à l'état de fonte purulente. Bientôt cette partie devient jaune, proémine plus ou moins, et finit par se perforer. Les humeurs de l'œil s'épanchent alors au dehors; le cristallin lui-même s'échappe quelquefois. On conçoit facilement toutes les conséquences que doit entraîner avec elle une pareille lésion.

Il existe une autre variété de perforation qu'on rapporte à l'inanition, et que M. Magendie a démontrée par des expériences sur les animaux. Cet habile expérimentateur n'a donné aucune nourriture à des chiens, si ce n'est un peu de sucre, et après un temps plus ou moins long, il a vu la cornée de ces animaux se perforer. M. Velpeau a observé cinq exemples de ce genre chez des sujets soumis à une diète prolongée ou à des émissions sanguines abondantes et répétées.

Voici les phénomènes que présente la cornée en pareil cas : Cette membrane commence par revêtir une couleur rosée. Peu-à-peu elle devient terne. C'est une fonte, un ramollissement partiel et très circonscrit plutôt qu'une véritable suppuration. La cornée s'épaissit rarement, il

n'y a pas de boursoufflement, de proéminence préalable, la perforation survient, pour ainsi dire sans lésion antérieure. Dans la plupart des cas, cette perforation a lieu en dehors du champ de la pupille, et n'occupe qu'un très petit espace; ce qui fait qu'avec des soins on peut encore espérer de conserver la vision.

Il importe avant tout de s'opposer, autant que possible, aux perforations de la cornée. Pour cela il faut attaquer les causes virulentes ou spécifiques qui peuvent exister, améliorer le régime, mettre promptement les organes des malades en état de digérer, de fournir au sang des matériaux de nutrition. Mais lorsque la cornée est perforée, il reste ordinairement peu de ressources.

Abcès.

Il n'est pas rare d'observer à la suite d'une inflammation de la cornée, entre les lames de cette membrane, un épanchement de matière blanchâtre demi-liquide, d'aspect purulent. C'est là un fait que tous les praticiens ont été plusieurs fois à même de constater. On a longuement discuté pour savoir si cette matière que Scarpa et M. Travers appellent *lymphe concrescible* est réellement du pus, et même si la cornée est réellement susceptible d'une véritable suppuration. C'est là, je crois, une dispute de mots qui ne doit pas nous arrêter. Quel que soit en effet le nom que l'on donne à la matière épanchée qui constitue l'abcès, il n'en est pas moins vrai que cet épanchement a lieu, et qu'il a des caractères qui lui sont propres. Je sais bien que le pus fourni par la cornée a quelques qualités particulières; mais ne sait-on pas aussi que

chaque tissu suppure pour ainsi dire à sa manière, et qu'il existe quelques différences entre le pus des membranes séreuses, muqueuses, et celui du tissu cellulaire ou de la peau?

C'est presque exclusivement à la suite de la kératite interstitielle qu'on observe les abcès de la cornée. Ces petits dépôts, ces épanchements circonscrits offrent des caractères différents, suivant qu'ils ont leur siége près de la sclérotique ou dans le plein de la cornée.

Dans ce dernier cas, ils ont une forme et un volume variables, et n'ont pas de siége déterminé. Je dois dire pourtant qu'on les observe plus souvent au-dessous du diamètre transversal de la cornée qu'au-dessus. Ils se présentent ordinairement sous l'aspect de grumeaux du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de millet, et sont entourés d'une auréole opaline. Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès peuvent exister plusieurs semaines sans s'ouvrir. On en a vu même constituer une tache permanente, et devenir par là un obstacle plus ou moins grand, plus ou moins complet à l'accomplissement des fonctions visuelles. Lorsque la résolution de l'épanchement n'a pas lieu, et que l'art ne vient pas au secours de la nature, ils s'ouvrent tantôt au dehors, tantôt dans la chambre antérieure. La première de ces deux terminaisons est sans contredit plus fréquente que la seconde. On a dit qu'il ne fallait point ouvrir ces abcès, et que le meilleur parti à prendre était d'en attendre l'ouverture spontanée. C'est là, sans contredit, un précepte sage. Mais M. Velpeau pense qu'on a exagéré ici les dangers de l'incision. D'après plusieurs essais faits par ce chirurgien, je serais porté à penser que le plus souvent, eu égard à la

concrescibilité et à l'adhérence du pus avec les lames de la cornée, cette opération est plutôt inutile que dangereuse. D'ailleurs il est une circonstance dans laquelle M. Velpeau ne balance point à faire usage de la lancette; c'est lorsque l'abcès est d'un certain volume, qu'il a son siége sur le champ de la pupille, et qu'il ne paraît pas avoir une grande tendance a s'ouvrir de lui-même. En se comportant autrement dans ces cas, on s'exposerait à voir survenir une tache permanente de la cornée. Lorsque ces abcès se sont ouverts spontanément, ou qu'on en a provoqué l'ouverture par l'instrument, ils ne présentent plus rien de particulier; ce sont alors des ulcères qu'il convient de traiter comme nous le dirons bientôt.

Lorsque les abcès de la cornée se montrent près de la sclérotique, leur forme semi-lunaire, ressemblant en quelque sorte à la plaque blanchâtre qu'on observe à la racine des ongles, leur a fait donner le nom d'*onyx*. On a prétendu qu'on ne les observait que sur le bord inférieur de la cornée; c'est là une erreur que j'ai été quelque fois à même de constater dans le service de M. Velpeau. Je dois ajouter pourtant que c'est là leur siége le plus fréquent. Quant à leur marche et à leur terminaison, ils n'offrent rien de particulier. Toutefois M. Velpeau pense, d'après plusieurs faits, qu'ils se résolvent plus fréquemment que les précédents. Le traitement est d'ailleurs le même. Il faut, avant tout, tâcher de provoquer la résolution de la matière épanchée; pour cela on doit recourir aux moyens que nous avons indiqués dans le traitement de la kératite. Si cette terminaison ne peut point avoir lieu, et

qu'on craigne que l'abcès s'ouvre dans l'intérieur de l'œil ; il faut en pratiquer l'ouverture.

Ulcères.

Les ulcères de la cornée ont de tout temps occupé les chirurgiens. C'est en effet un genre de lésion qui est digne de fixer toute l'attention des praticiens. Aussi allons-nous en étudier les diverses nuances, celles surtout dont la connaissance exerce quelque influence sur la pratique.

Première variété. — Lorsqu'un abcès, un dépôt de matière plastique, établi entre les lames superficielles de la cornée, s'ouvre à l'extérieur, la petite plaie qui en résulte constitue un ulcère. S'il a son siége à quelque distance de la pupille, on l'observe presque toujours au sommet d'un paquet vasculaire, tantôt de forme pyramidale, tantôt de forme triangulaire dont la base repose en dehors de la cornée. Le fond de cet ulcère, qui a la forme d'une petite cupule, est inégal et grisâtre ; il se déterge avec lenteur, et met par là le tissu de la cornée à l'abri du contact de l'air ; aussi les douleurs et le larmoiement sont-ils moins incommodes que dans les autres espèces d'ulcères. Mais il est bon de savoir aussi que les taches qui en résultent sont plus souvent opaques et plus larges.

Les scrofuleux, les varioleux et les jeunes sujets semblent plus particulièrement disposés à ce genre d'ulcère. Hâtons-nous d'ajouter toutefois que les adultes et les individus d'une constitution différente, n'en sont point exempts, comme j'ai pu plusieurs fois m'en convaincre dans le service de M. Velpeau.

Deuxième variété. — Ici l'ulcère débute par

une tache nébuleuse, située le plus souvent vers le centre de la cornée. Bientôt cette espèce de nuage se couvre d'une pellicule qui disparaît peu à peu, et fait place à une exulcération à fond blanchâtre. C'est ce genre d'ulcères que les auteurs anciens ont désignés sous les noms d'*achlys*, de *caligo*.

M. Velpeau est porté à penser, d'après ses propres observations, que les sujets lymphatiques, les femmes et les enfants y sont plus particulièrement disposés que les autres sujets.

Troisième variété. — Le point de départ de la maladie est une phlyctène semi-transparente, qui ne tarde pas à se rompre et à faire place à une excavation transparente tantôt superficielle, tantôt profonde. Dans le premier cas, l'ulcère est désigné sous les nom d'*argémon*; dans le second on l'appelle *bothrion*. Le fond de la plaie diffère si peu du tissu de la cornée, que bien souvent, surtout lorque l'ulcère est superficiel, on est obligé de regarder l'œil un peu de côté, pour constater son existence. C'est surtout dans cette variété d'ulcères que le larmoiement et la photophobie sont portés à leur plus haut degré. Suivant que l'ulcère est superficiel ou profond, les petits vaisseaux qui en partent ou qui viennent s'y rendre sont constitués par les artères de la conjonctive ou par le plan vasculaire profond. Dans la plupart des cas, ces vaisseaux sont plus gros et plus nombreux autour de la cupule ulcéreuse que sur la conjonctive ou la sclérotique; ils partent quelquefois d'un tronc commun que l'on distingue très bien sur l'un des bords de l'ulcère.

Cette variété d'ulcères est assez singulière dans

sa marche : peu à peu l'injection vasculaire diminue ; elle finit même par disparaître complétement. La photophobie et le larmoiement qui étaient portés au plus haut degré cessent aussi peu à peu. Cependant l'excavation ulcéreuse conserve à peu près le même aspect, et reste ainsi dans cet état pendant un temps plus ou moins long, quoique les malades se considèrent comme guéris. Il faut être bien prévenu de cette circonstance ; car c'est là une cause incessante de récidive.

Quatrième variété. — L'ulcère succède ici à un abcès large et profond. Dans ce cas, il est irrégulier, son fond est plus ou moins grisâtre, et donne issue à une petite quantité de matière demi-purulente. Alors, lorsque le tissu propre de la cornée a été complétement détruit par l'ulcère, on voit s'élever peu à peu du fond de l'excavation une petite bulle qui vient bientôt faire saillie en dehors de la surface libre de la cornée. C'est là une hernie de l'humeur aqueuse qu'il ne faut point confondre avec la hernie de l'iris.

Cinquième variété. — Il est une autre espèce d'ulcère que les anciens désignaient sous les noms d'*épicauma*, d'*ulcère brûlant*, et que Ware indique sous le titre d'*abrasion* de la cornée. Au début ce n'est pas, à proprement parler, un ulcère véritable, mais bien une simple excoriation des lames superficielles de la cornée que l'on observe assez souvent dans la kératite aiguë superficielle. Ordinairement cet ulcère débute près de la circonférence de la cornée, et on le voit s'étendre de là vers le centre de cette membrane. Je l'ai vu envahir ainsi la moitié de la cornée et même plus. M. Velpeau serait porté à penser, d'après ses propres observations, que le

siége de prédilection de cette variété d'ulcères est la partie supérieure de la cornée. Abandonné à lui-même, ce genre d'excoriation peut gagner en profondeur et finir par constituer un véritable ulcère; aussi doit-on employer tous les moyens suggérés par l'art pour en triompher au début.

La cornée n'est ici le siége d'aucune vascularisation. La photophobie et le larmoiement sont plus ou moins prononcés suivant la profondeur de la lésion. Les malades éprouvent des douleurs assez vives; mais ces douleurs sont superficielles, et ne s'irradient pas dans le fond de l'orbite.

Sixième variété. — Il s'agit ici de l'ulcère que M. Velpeau a décrit sous le titre d'ulcère à *coup d'ongle*. Le plus ordinairement la plaie a son siége près de la sclérotique. Je dois dire pourtant qu'on l'observe quelquefois vers le centre de la cornée. J'ai été à même de m'en convaincre sur plusieurs malades. D'après M. Velpeau, cette lésion semblerait atteindre plus souvent les adultes que les enfants, les hommes que les femmes. La portion de la conjonctive qui forme ordinairement la lèvre externe de l'ulcère est taillée à pic, manifestement épaissie et d'un rouge livide. L'autre lèvre est au contraire taillée en biseau au depens de sa lame externe. Bientôt la petite plaie s'entoure d'une vascularisation fine, il est vrai, mais qu'on distingue facilement à l'œil nu. Il n'est pas rare même d'observer dans la cavité ulcéreuse quelques vaisseaux parfaitement isolés. Une remarque importante à faire ici, c'est que cet ulcère n'a pas une grande tendance à s'étendre en largeur. Tous ses progrès se font ordinairement dans le sens de la profondeur. C'est là, sans contredit, l'ulcère le plus vivace, et qui donne le plus souvent lieu aux

végétations qui s'élèvent du fond de la plaie. La photophobie et le larmoiement sont aussi portés au plus haut degré.

Tel est le court résumé des principales espèces d'ulcères de la cornée. Le peu de détails dans lesquels je viens d'entrer suffiront pour pouvoir les distinguer, et l'on va voir que c'est principalement sur cette distinction que repose la thérapeutique.

Traitement. — La thérapeutique des ulcères de la cornée n'est obscure que parce qu'on a négligé les distinctions que je viens d'établir. Il en est ici d'ailleurs comme dans une foule d'autres circonstances. Aussi est-ce pour faire disparaître ce vague, autant qu'il est possible dans l'état actuel de la science, que nous allons nous occuper du traitement qui convient à chacune des variétés que j'ai décrites.

Je dois dire avant tout qu'il n'est pas rare de voir les ulcères de la cornée disparaître d'eux-mêmes, et plus souvent encore sous l'influence du traitement de l'ophthalmie dont ils ne sont, dans une foule de cas, qu'un symptôme. Mais il n'en est pas toujours ainsi; la thérapeutique de ce genre de lésion mérite d'être bien connue.

La première variété est, sans contredit, la plus bénigne de toutes. A l'aide d'une solution de sulfate de zinc ou avec la poudre de calomel, de tuthie, on en triomphe facilement. M. Velpeau préfère néanmoins la solution de nitrate d'argent. J'ai été plusieurs fois à même de me convaincre de la supériorité de ce dernier moyen. Il arrive pourtant que ces moyens sont impuissants, il faut alors avoir recours à la cautérisation ou à l'excision des vaisseaux. Mais, je le répète,

il est rare que la solution de nitrate d'argent reste impuissante.

La seconde variété réclame aussi les mêmes moyens, et il est rare qu'ils n'amènent pas la guérison. Je dois ajouter toutefois qu'il faut mettre ici de côté les préparations de plomb; car il est d'observation que des parcelles de cette substance en se fixant au fond de l'ulcère, en rendent la cicatrice plus opaque et comme nacrée. Si les solutions émollientes ou astringentes sont insuffisantes, et s'il existe quelque faisceau vasculaire, il faut avoir recours à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent ou à l'excision des vaisseaux.

D'après ce que j'ai dit, il est évident que la section des vaisseaux ne doit point être tentée dans la troisième variété; car ce ne sont point les vaisseaux de la conjonctive qui alimentent la partie affectée, mais ceux de la sclérotique. Il faut d'abord faire usage des solutions astringentes. Mais ces diverses préparations sont le plus souvent impuissantes. La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent mérite ici la préférence, c'est même le seul remède efficace. On se sert, pour faire cette cautérisation, d'un cône de nitrate d'argent, bien arrondi à son extrémité; on le promène sur toute l'excavation ulcéreuse qui blanchit à l'instant. On doit agir ici avec ménagement, lorsque l'ulcère est très profond, dans la crainte de produire une perforation de la cornée. Immédiatement après, avant que le malade ait fermé les paupières, il faut instiller dans l'œil de l'eau à la température ordinaire, de telle sorte que la plaie seule subisse l'effet du caustique. Le malade éprouve d'abord une douleur très vive qui se calme bientôt,

pour reparaître à la chute de l'escarre. On renouvelle la même opération deux ou trois fois, suivant les cas, et on laisse ensuite la plaie se cicatriser. Mais hâtons-nous d'ajouter que la guérison est le plus souvent incomplète, surtout quand la lésion est profonde. Il reste ordinairement une tache qui est un obstacle plus ou moins grand à l'accomplissement des fonctions visuelles, suivant la position qu'elle occupe sur la cornée.

Dans la quatrième variété, les collyres n'exercent le plus souvent qu'une faible influence. C'est surtout aux émollients et aux émissions sanguines qu'il faut avoir recours. M. Velpeau a pourtant fait quelquefois usage avec avantage d'un collyre au sulfate de zinc à la dose d'un grain par once d'eau, avec un mucilage astringent. On peut aussi tenter avec des chances de succès le vésicatoire sur les paupières. On devrait faire usage de la cautérisation, si les couches internes de la cornée faisaient saillie dans le fond de l'ulcère, ou si elles tendaient à proéminer. Mais il est inutile d'ajouter qu'on doit agir ici avec la plus grande précaution.

Les deux dernières variétés réclament l'emploi des collyres au sulfate de zinc, du sublimé ou du calomel. La cautérisation n'est que d'un faible secours; dans la sixième variété même, elle est nuisible. J'ai vu M. Velpeau employer avec succès des frictions mercurielles autour de l'orbite. Je dois ajouter que lorsqu'il y a à craindre la suppuration, le vésicatoire volant sur le devant des paupières est encore indiqué.

En parcourant les traités d'ophthalmologie, on voit que certains auteurs conseillent de racler la surface des ulcères de la cornée pour prévenir

l'albugo et le leucoma. Je ne sais pas jusqu'à quel point cette opération pourrait être avantageuse; toujours est-il qu'elle est évidemment trop délicate, et que je doute que de nos jours on soit encore tenté de la mettre en usage.

Je dois dire, en terminant, que par un usage sagement combiné de ces différents moyens, M. Velpeau a obtenu plusieurs fois les résultats les plus satisfaisants.

Tumeurs.

Nous étudierons, sous ce titre, les papules, les végétations et le kératocèle proprement dit.

A. *Papules aphthoïdes.* — M. Velpeau désigne ainsi une tumeur que l'on observe surtout à l'union de la cornée avec la sclérotique, sous la forme d'un bouton de variole, de volume variable, assez dure, d'un rouge pâle, adhérente. Cette tumeur est formée par la conjonctive elle-même, et par le tissu sous-jacent. Bientôt son sommet se déprime, s'aplatit, revêt une teinte grise ou légèrement jaunâtre. On a prétendu que ce genre de tumeurs ne dépasse point les limites de la sclérotique. C'est là une erreur; j'en ai observé plusieurs, à l'hôpital de la Charité, sur la cornée, à une ligne et même jusqu'à deux lignes de sa circonférence.

Quelques auteurs ont confondu ces papules avec des ulcères proprement dits; M. Stœber va même jusqu'à dire que les ulcères qui en résultent sont susceptibles de perforer la cornée. C'est là une erreur qu'une observation rigoureuse démontre de la manière la plus évidente. Ces tumeurs ne semblent s'excaver vers leur centre que par l'épaississement de leur pourtour, et

non par une déperdition de substance. Au total, ce sont là des aphthes et non des abcès ni des ulcères. C'est surtout aux extrémités du diamètre transversal de l'œil qu'on les rencontre ordinairement. La sclérotique présente là, chez un grand nombre de sujets, une sorte de tubercule peu développé, qui semblerait prédisposer à la maladie. Toutefois, on les observe assez souvent sur une autre région de la cornée; M. Velpeau en a observé sur tous les points du contour de cette membrane. Moi-même, dans l'espace de quatre ans, j'en ai observé un assez grand nombre d'exemples à l'hôpital de la Charité; et je serais porté à penser qu'il n'y a rien de bien précis à ce sujet. Je ne sache pas non plus qu'on puisse déterminer d'une manière rigoureuse quels sont les sujets qui sont le plus prédisposés à cette maladie. Les jeunes sujets des deux sexes, les personnes blondes scrofuleuses, semblent, il est vrai, en être plus fréquemment atteintes; mais on l'observe aussi chez ceux qui se trouvent dans des conditions opposées. Je crois pouvoir le dire, de pareilles questions dans l'état actuel de la science, ne peuvent point être résolues d'une manière définitive.

Quoi qu'il en soit, cette espèce de tumeur n'offre aucun danger; des collyres astringents, secs ou liquides, suffisent dans la plupart des cas pour la faire disparaître. Mais si elle est tant soit peu volumineuse, cet ordre de moyens ne suffit pas, il faut alors avoir recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent.

B. *Végétations.* — La cornée devient quelquefois le siége de végétations qui se présentent sous différents aspects. Tantôt elles occupent le pourtour de cette membrane; tantôt on les ob-

serve sur son plein. Dans le premier cas, elles occupent toute la circonférence de la cornée; ou bien, ce qui est le plus fréquent, elles ne se montrent que sur un segment de cercle. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, ces productions morbides offrent une couleur grise ou rougeâtre; elles sont aplaties, granulées à la manière des papules de la langue; elles sont indolentes, d'un volume variable et s'avancent plus ou moins sur la cornée.

Lorsqu'elles ont leur siége sur le plein de la cornée, elles offrent un plus petit volume que dans le cas précédent; les granulations sont aussi moins rouges; quelquefois même elles sont blanchâtres, surtout à leur sommet. On les observe aussi quelquefois sous forme de plaques.

La seule médication rationnelle contre les végétations de la cornée consiste dans l'excision ou la cautérisation. Il convient même de faire usage de ces deux moyens à la fois, lorsque les végétations sont dures et volumineuses. Alors, immédiatement après l'excision, on pratique une cautérisation avec la pierre infernale. Je dois ajouter qu'attaquées au début, on pourrait en triompher à l'aide de simples collyres astringents.

C. *Kératocèle.* — On distingue deux espèces principales de kératocèle. Dans l'une, la tumeur se développe, comme l'a dit M. Velpeau, par un mécanisme analogue à celui de l'anévrisme mixte externe, c'est-à-dire que la cornée détruite dans ses lames profondes, cède, se dilate dans ses lames superficielles plus ou moins affaiblies. M. Jüngken a le premier décrit avec soin cette variété qui est heureusement très rare. Dans l'autre, beaucoup plus commune, ce sont

les lames profondes qui viennent faire hernie au dehors; comme on le comprend très bien, la maladie est produite ici par le mécanisme opposé; ce sont les lames superficielles qui sont détruites.

La plus grave de ces deux affections est, sans contredit, la première; car, dans ces cas, on ne peut avoir recours qu'à une médication générale ou indirecte; tout remède local exposerait à aider la perforation de la cornée. M. Velpeau n'en a pas encore rencontré d'exemple. La seconde variété réclame le même traitement que celui que nous avons indiqué contre les ulcères de la quatrième espèce; ajoutons toutefois qu'il faut réprimer le petit relief avec la pierre infernale.

Taches.

Les taches de la cornée méritent de la part des chirurgiens une attention toute particulière, eu égard à l'obstacle plus ou moins grand qu'elles mettent le plus souvent à l'accomplissement des fonctions visuelles. Les auteurs en ont admis plusieurs variétés. Elles peuvent toutes être résumées en trois espèces principales. Tantôt en effet la tache a son siége dans la lame superficielle de la cornée; elle est alors désignée sous le nom de *nubécule*, de *néphélion*; tantôt elle occupe les lames moyennes, c'est alors l'*albugo*; tantôt enfin toute l'épaisseur de la cornée est atteinte, c'est le *leucoma*. Il est une autre espèce de tache dont les auteurs se sont peu occupés, probablement parce qu'elle ne met pas obstacle à la vision. Je veux parler de l'anneau sénile.

Disons quelques mots sur chacune de ces

variétés, nous indiquerons ensuite les moyens que la thérapeutique possède contre chacune d'elles.

A. Le *nubécule* ou le *néphélion* a son siége dans la lame superficielle de la cornée. Il coïncide assez souvent avec les ulcères superficiels avec lesquels on l'a quelquefois confondu. Je crois pourtant qu'il est facile de les bien distinguer. Le nubécule se présente sous l'aspect d'une plaque blanchâtre, simulant un nuage léger, une fumée; la cornée conserve sur ce point une partie de sa transparence. La vue est troublée; mais elle n'est point abolie, lors même que le nubécule occupe le devant de la pupille. Je dois même dire que c'est là son siége de prédilection. Les malades rendent parfaitement compte de cet état en disant qu'ils ont un brouillard devant les yeux. Quoi qu'en dise Scarpa, M. Velpeau n'a jamais observé le faisceau vasculaire dont parle ce chirurgien, il est porté à croire qu'on a confondu dans ce cas un ulcère superficiel avec le simple nubécule.

B. *L'albugo* est une tache qui ne permet plus à la partie de la cornée qui en est atteinte de livrer passage aux rayons lumineux. On l'observe sur tous les points de la cornée. Lorsqu'il en occupe le centre, l'opacité est complète. Ce n'est plus ici un léger brouillard, mais une espèce de plaque d'un blanc jaunâtre et complétement opaque. C'est ordinairement à la suite d'une kératite intense et ancienne, d'un abcès ou d'un ulcère que cette espèce de tache s'observe.

C. Le *leucoma* ne consiste pas seulement dans une opacité de la cornée. Cette membrane aug-

mente alors d'épaisseur et prend une consistance remarquable; sa vitalité s'affaiblit; elle revêt enfin une apparence anormale. Cette tache est ordinairement le résultat d'une cicatrice, d'une suppuration étendue et prolongée, d'un travail phlegmasique intense.

D. *L'anneau sénile* ou *cercle sénile*, tache en quelque sorte naturelle chez les vieillards, a son siége près de la sclérotique. Ce n'est point ici, à proprement parler, une maladie réelle de la cornée. Le tissu de cette membrane n'est ni épaissi ni altéré. Cette tache ne s'observe pas seulement chez les vieillards; on en a rencontré des exemples à tous les âges de la vie. Elle débute presque toujours par la partie supérieure de la cornée; elle se montre ensuite à la partie inférieure; et les extrémités de ces deux arcs ne se joignent qu'à la longue et par suite des progrès de l'âge. Chez les vieillards, cet anneau est toujours séparé de sclérotique par un petit intervalle. Il n'en est pas toujours ainsi aux autres époques de la vie.

Traitement des taches.

La thérapeutique des taches de la cornée a beaucoup occupé les auteurs. C'est encore ici une de ces affections contre lesquelles on a tout essayé. Cependant, je dois le dire, malgré une foule de moyens que la chirurgie possède, M. Velpeau pense qu'il n'y en a aucun qui mérite une véritable confiance contre des taches profondes et anciennes. Celles qui sont légères et récentes peuvent seules être attaquées avec chance de succès. Dans ces cas, on a employé l'huile de noix, le laudanum de Sydenham, la

solution de nitrate d'argent, l'alun combiné avec le sucre, et on dit avoir obtenu des succès. M. Velpeau, s'est quelquefois assez bien trouvé de l'usage du bismuth en poudre. Je dois ajouter toutefois que ces moyens et une foule d'autres qu'il serait trop long d'énumérer ici restent souvent sans effet.

Contre les taches profondes, on a proposé un autre ordre de moyens. C'est ainsi qu'on a conseillé l'excision des vaisseaux qui correspondent à la partie malade, l'application d'un séton très fin sur le point affecté, l'excision même et l'usure des parties opaques. M. Velpeau pense que ces moyens doivent toujours être plus ou moins dangereux et d'une efficacité au moins douteuse. Néanmoins, comme il n'en a pas fait usage, il n'a formulé aucune opinion à ce sujet.

Staphylome.

Tel est le mot adopté par les auteurs pour désigner une déformation de la cornée et la fusion de cette membrane avec l'iris, compliquées d'obscurcissement et de perte de la vision. Si l'on parcourt tout ce qu'ont dit les auteurs sur cette affection, on sera vraiment étonné de voir combien ils en admettent de variétés. Je n'entrerai pas ici dans tous ces détails. Qu'il nous suffise de savoir que le staphylome de la cornée peut être général ou partiel, suivant qu'il envahit toute la cornée, ou seulement une de ses parties. Il arrive quelquefois que cette membrane est affectée dans toute sa périphérie; d'autres fois au contraire son centre seul est malade. Dans le premier cas, l'affection prend le nom de stra-

phylôme *sphérique* ; dans le second, c'est le staphylôme *conique*.

C'est à la suite d'une inflammation profonde de l'œil, de celle surtout qui a son siége dans l'iris et dans la membrane de Descemet, que l'on observe le staphylôme de la cornée. On voit alors l'iris, la cornée et la membrane de l'humeur aqueuse se gonfler, se boursouffler, contracter des adhérences; bientôt la cornée s'ulcère, se perfore, l'humeur aqueuse s'évacue, l'iris vient alors s'appliquer contre la face postérieure de la cornée, se confondre avec elle et constituer dans certains cas une synéchie antérieure complète. Assez souvent l'inflammation se propageant en arrière, le cristallin vient contracter des adhérences avec l'iris. Tout est est alors confondu. Il est inutile de dire que la vision est alors définitivement abolie.

Il arrive quelquefois que l'humeur aqueuse est encore sécrétée en plus ou moins grande quantité ; c'est alors que l'on observe plus particulièrement la variété que j'ai indiquée sous le nom de staphylôme *sphérique*. Cette forme sphérique est quelquefois si prononcée, dit M. Carron du Villards, que toute la cornée s'est dédoublée pour se transformer en une peau mince, distendue par un liquide, se crevant quelquefois spontanément et se remplissant de nouveau après la cicatrisation.

Le staphylôme *conique* s'observe lorsque le pourtour de la cornée est renforcé par une adhérence complète de l'iris sur ce point; la membrane transparente de l'œil se dédouble vers son centre et présente une petite pyramide. C'est par un mécanisme analogue que se forment les staphylômes partiels.

On conçoit qu'à la suite de toutes ces évacuations répétées, l'œil dégénère quelquefois, et peut même revêtir une physionomie cancéreuse.

D'après le peu de détails dans lesquels je viens d'entrer, il est facile de comprendre toute la gravité d'une pareille affection. Cependant, lorsque le staphylôme de la cornée ne comprend pas toute cette membrane, et qu'il reste encore un point transparent, on peut encore espérer la guérison.

Les moyens qui ont été proposés contre l'affection qui nous occupe, sont très nombreux : c'est ainsi que les uns recommandent la compression, la ligature, l'incision cruciale; d'autres la cautérisation avec le beurre d'antimoine. On a aussi proposé la pierre infernale avec la précaution de laisser au centre du staphylôme un petit fragment du caustique pour y produire un petit cautère; enfin, Wardrop pense que l'évacuation de l'humeur aqueuse doit être très avantageuse. Je ne pousserai pas plus loin cette énumération. Qu'il me suffise de dire que dans la plupart des cas toutes ces ressources sont impuissantes; les fonctions visuelles sont complétement et définitivement abolies; il ne reste plus alors qu'à enlever la maladie avec l'instrument tranchant pour corriger la difformité. Voici le procédé que Scarpa conseille de mettre en usage en pratiquant cette opération : « Le malade étant assis, la tête fixée par un aide, l'opérateur prend un petit couteau, semblable à celui dont on se sert pour l'extraction du cristallin; il l'enfonce dans la tumeur, qu'il transperce de dehors en dedans, à une ligne et demie ou deux lignes de son sommet; puis, poussant l'instrument dans la même direction, il taille, au dépens de la tu-

meur, un lambeau demi-circulaire, très analogue à celui qu'on pratique sur la cornée dans l'opération de la cataracte; il soulève ensuite ce lambeau avec une pince, et l'excise au niveau de la base, en portant en haut le tranchant de l'instrument. Le diamètre du segment, qu'on emporte à l'aide de cette double section toujours relatif aux dimensions de la tumeur, peut varier depuis deux jusqu'à quatre lignes. Le plus souvent on enlève, avec le sommet de la tumeur, une petite portion de l'iris, qui, dès le principe du mal, contracte avec la cornée des adhérences plus ou moins étendues; mais la lésion de cette membrane est moins un inconvénient qu'un avantage, puis qu'elle facilite la sortie du cristallin et celle d'une partie de l'humeur vitrée. Après cette évacuation partielle, le bulbe de l'œil s'affaisse et se cache derrière les paupières, sur lesquelles on applique un plumasseau de charpie sèche, maintenu par une simple bande.» Comme, après cette opération, la vue est perdue sans ressource, M. Carron du Villards pense qu'il deviendrait plus rationnel de vider complétement l'œil pour que le malade puisse jouir plus sûrement des bienfaits de la prothèse oculaire. Voici le procédé employé par ce chirurgien pour obtenir la disparition du staphylôme et l'affaissement de l'œil au moyen d'une cicatrice convenable. Laissons-le parler lui-même : « Le malade étant placé comme pour l'opération précédente, un aide relève la paupière, et je saisis un bistouri courbe de Pott, non boutonné (bistouri à fistules). Cet instrument, tenu en troisième position, je l'enfonce dans l'œil à la partie externe, à trois lignes environ de l'insertion de la cornée avec la sclérotique, le tran-

chant tourné en haut ; puis, faisant décrire à la lame un quart de cercle, je fais, par un mouvement de bascule ressortir la pointe à la même distance qu'il est entré du côté du grand angle : j'abaisse vivement le poignet en achevant la section de dedans en dehors, en retirant la lame. De cette manière, l'œil se trouve divisé en deux parties dans le centre de la cornée : saisissant alors les deux lambeaux l'un après l'autre avec des pinces à crochet, je l'excise avec des ciseaux courbes sur leur plat, de manière à avoir une perte de substance semi-elliptique très allongée. L'iris se trouve compris naturellement dans cette section ; et lorsque l'œil est revenu sur lui-même, l'on obtient une cicatrice régulière, solide, qui supporte sans inconvénient un œil artificiel. »

M. Carron du Villards ajoute qu'il a employé plusieurs fois ce procédé avec succès. Quel que soit d'ailleurs le mode opératoire qu'on adopte, le malade en éprouve très peu de douleurs. Après quelques jours, l'inflammation se développe, la suppuration s'établit, l'œil s'affaisse peu à peu, et, après un temps plus ou moins long, il se transforme en un tubercule. Ces accidents ne doivent point être combattus ; on devrait même, si l'inflammation et la suppuration se développaient avec peine, les provoquer à l'aide des moyens appropriés. C'est ainsi que Scarpa, dans des cas pareils, introduisait dans la cavité de l'œil une tente de linge, et que d'autres chirurgiens ont proposé de porter au fond de l'organe un crayon de nitrate d'argent fondu.

Ossification.

Comme la plupart des autres tissus, la cornée peut acquérir une dureté remarquable, et devenir même le siége d'incrustations osseuses. Les annales de la science renferment plusieurs cas de ce genre. C'est ainsi que Richter de Gœttingue a trouvé la cornée avoir la consistance d'une excroissance cartilagineuse, que Beer de Vienne en a rencontré une tellement dure et épaisse qu'il eut de la peine à y faire pénétrer un bistouri. Valther rapporte le cas d'une cornée qui, large de deux lignes et longue de trois, pesait deux grains. M. Wardrop dit avoir trouvé des parcelles osseuses à la face interne de cette membrane, et qu'Anderson lui en a communiqué un autre exemple fort curieux. Je ne pousserai pas plus loin ces citations; qu'il me suffise de dire que c'est sur la face externe de la membrane de l'humeur aqueuse qu'on observe le plus ordinairement ces incrustations osseuses.

Tous les moyens thérapeutiques seraient inutiles contre ce genre de lésion. C'est pourquoi je ne crois pas devoir entrer dans plus de détails.

Kératoplastie.

Lorsque l'esprit humain a conçu une idée, il est rare qu'il n'aille pas au delà des bornes que le raisonnement semble avoir posées. Que penser en effet de tout ce qui a été dit et écrit à l'étranger sur la kératoplastie ! Une pareille question ne devrait peut-être pas trouver place dans ce livre, qui s'adresse surtout aux praticiens. Toutefois, comme des chirurgiens re-

commandables se sont occupés de ce sujet, je crois devoir présenter ici quelques courtes considérations.

Il importe d'établir avant tout que ce n'est pas dans le cas d'atrophie ou de désorganisation de l'œil que la kératoplastie a été proposée. Il est évident qu'alors cette opération n'aurait aucun but. Mais il arrive assez souvent que la cornée seule est dénaturée, et que par son opacité elle est un obstacle à l'accomplissement des fonctions visuelles. C'est dans ces cas que certains oculistes ont proposé de remplacer la cornée malade par une cornée saine. Au dire de Pellier, qui prétend en être l'inventeur, cette opération aurait été tentée dans le siècle dernier. Sans nous arrêter à discuter la valeur que méritent les assertions de cet oculiste, nous nous bornerons à dire que ce n'est que depuis une quinzaine d'années que la kératoplastie a fixé l'attention des chirurgiens. Depuis cette époque, cette opération a été expérimentée par plusieurs auteurs graves. C'est ainsi que M. Moësner l'a tentée en 1823, que M. Reisinger en a fait l'essai en 1824, et M. Drolshagen, en 1834. MM. Himly et Bigger l'ont aussi expérimentée sur les animaux. En 1836 et 1837 ces expériences ont été reprises avec plus de soin par MM. Dieffenbach et Stilling; et, à l'exemple de ces chirurgiens, quelques autres praticiens de l'Allemagne y ont eu recours sur l'homme. Je dois même ajouter qu'on a imaginé deux procédés à ce sujet. Dans l'un on excise la cornée malade, puis on la remplace immédiatement par une cornée de veau ou de mouton. C'est là le procédé que les expérimentateurs ont le plus fréquemment essayé sur les animaux. Sans entrer dans des détails sur

cette opération, je dirai, avec M. Velpeau, que ce serait abuser de la patience du lecteur que de décrire une opération pareille; et je plaindrais le chirurgien assez hardi pour la proposer sérieusement aux malades.

Dans le second procédé, on passe, au moyen d'une aiguille fine, trois fils à travers la cornée sur les côtés du leucoma; circonscrivant ensuite la tache par deux incisions, on l'enlève dans une ellipse de la membrane dont on ferme ensuite immédiatement la plaie en serrant les fils. M. Dieffenbach a dit à M. Velpeau qu'il avait réussi par ce procédé chez une jeune fille. « Certes, ajoute M. Velpeau, puisqu'un homme haut placé dans la science, dit avoir réussi en opérant de cette façon, il faut le croire; mais je le croirais à peine si je l'avais fait moi-même, et je doute fort que M. Dieffenbach trouve des imitateurs parmi les chirurgiens prudents. »

Je ne crois pas devoir pousser plus loin ces considérations; qu'il me suffise d'ajouter, en terminant, que de deux chose l'une, ou la cornée transparente est opaque dans toute son étendue, et dans ce cas, il n'y aurait que la kératoplastie par transplantation qui pût être réellement tentée, ou bien il n'y a qu'une tache au milieu de cette membrane, et il est évident alors que la kératoplastie ne vaut pas l'opération de la pupille artificielle.

Maladies de la sclérotique.

C'est particulièrement à l'inflammation de la sclérotique que l'on doit rapporter tout ce qu'on a dit sur l'ophthalmie *rhumatismale*. Nous discuterons plus tard cette question. Bornons-nous

en ce moment à quelques considérations sur la sclérotite et sur le staphylôme de la membrane albuginée de l'œil.

Sclérotite.

Pour M. Velpeau, ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *sclérotite* n'est point une maladie propre à la membrane albuginée de l'œil ; on ne peut trouver là qu'un assemblage de symptômes se rapportant à une inflammation de la cornée ou de l'iris ; en termes plus précis, je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, on puisse admettre l'inflammation de la sclérotique. Je ne veux pas dire par là que la membrane albuginée de l'œil ne puisse pas s'enflammer. M. Velpeau n'a jamais eu la prétention d'imposer des bornes aux maladies. Mais ce qu'il soutient, et ce dont il est entièrement convaincu, c'est que la sclérotite véritable doit être une maladie infiniment rare, si tant est qu'on l'ait jamais observée ; et partant qu'on est dans l'erreur si l'on voit dans les symptômes qu'on lui attribue et que l'on observe si souvent, l'indication d'une affection qui, comme nous allons le voir, devrait être si rare. Cette opinion qui, de prime-abord, doit paraître paradoxale, se présentera bientôt sous un autre aspect. Pour cela, analysons avec soin les symptômes que les auteurs assignent à la sclérotite, et voyons s'ils ne sont pas de tous points applicables à l'inflammation de quelque autre partie de l'œil, et surtout s'il n'en est pas quelques-uns qui ne peuvent en aucune manière lui être rapportés. Ces idées seront d'ailleurs fortifiées par des considérations puisées dans la texture même de la sclérotique et dans la nature

des inflammations qui affectent les tissus de même genre dans les autres régions du corps.

L'idée qui a porté les ophthalmologistes de l'école allemande à admettre l'existence de la maladie qui nous occupe est toute naturelle. Trouvant dans les symptômes que nous allons décrire l'indication d'une affection rhumatismale, ils ont été conduits par l'analogie à admettre que c'est le tissu sclérotical qui en est le siége. Cette conclusion quoique logique ne peut être ici d'aucune valeur, puisque le principe sur lequel elle repose est erronné. Mais mettons de côté, pour le moment, toute idée théorique, et commençons par analyser les faits.

Chacun le sait, les cas de ce genre ne sont point rares; aussi M. Velpeau a-t-il pu les examiner avec le plus grand soin et sans prévention aucune, avant de formuler la proposition que je viens d'émettre. Sur quoi se fonde-t-on, en effet, pour admettre l'inflammation dont il s'agit? Certes, il faut donner des raisons bien puissantes pour pouvoir proclamer l'inflammation fréquente d'un tissu dont les analogues, dans toutes les autres régions du corps, sont si rarement enflammés, que plusieurs pathologistes conservent même des doutes sur ce point.

La membrane albuginée de l'œil, dit-on, est parcourue par des vaisseaux dont la finesse, la fixité et la profondeur indiquent assez qu'ils appartiennent au tissu sclérotical. Ces vaisseaux ont une direction à peu près parallèle, si on les examine avec soin, on les voit se prolonger plus ou moins loin sur la cornée, ou bien se recourber à une ligne environ de la circonférence de cette membrane pour s'anastomoser avec les vaisseaux profonds. Dans le second de ces cas,

on aperçoit en ce point un cercle de couleur variable, appelé cercle *arthritique*.

La description de ces phénomènes de vascularisation est exacte, il est vrai; mais voyons quelle est leur valeur pour le sujet qui nous occupe en ce moment. Si l'on se rappelle ce que j'ai dit sur la vascularisation de l'œil en général, il sera facile de comprendre que ce genre de vascularisation peut tout aussi bien dépendre d'une inflammation de la cornée ou de l'iris, que d'une sclérotite. En effet, lorsque la cornée ou l'iris s'enflamment, on conçoit sans peine que l'injection de leurs vaisseaux se propage par les nombreuses anastomoses dont j'ai parlé, dans les canaux sanguins du tissu sclérotical. Et d'ailleurs n'avons-nous pas déjà trouvé cette vascularisation dans certaines variétés de la kératite? Nous verrons bientôt qu'on l'observe aussi dans l'iritis. Ce n'est donc pas aller trop loin, je pense, que de dire que ces phénomènes vasculaires pourraient être considérés comme secondaires à ces deux inflammations. Cependant, je dois l'avouer, ce ne serait pas là une raison suffisante pour rejeter la sclérotite des cadres nosologiques. Car après tout, cette vascularisation pourrait tout aussi bien trouver sa source dans l'inflammation de la membrane albuginée de l'œil que dans une kératite ou un iritis. Qu'il nous suffise pour le moment de savoir que ce phénomène trouve une explication très satisfaisante sans qu'il soit nécessaire d'admettre l'inflammation de la sclérotique.

Mais en allant plus avant dans l'analyse des symptômes, nous en trouvons deux qui ne permettent plus d'admettre, dans la description que l'on donne, une inflammation pure et simple du

tissu en question : je veux parler de la photophobie et du larmoiement. En effet, pour peu que l'on y réfléchisse, on se convaincra sans peine que ce sont là deux signes négatifs. Je n'ai pas besoin d'entrer pour cela dans de bien grands détails. Chacun sait en effet, que la sclérotique, organe tout entier de protection, n'entre pour rien dans l'accomplissement des fonctions visuelles, et qu'elle n'a aucun rapport avec la sécrétion des larmes.

D'ailleurs, qu'on lise avec soin les différentes descriptions de la sclérotite données par les auteurs, et l'on verra qu'elles viennent en quelque sorte appuyer les idées de M. Velpeau. C'est ainsi que tous les ophthalmologistes s'accordent à dire que cette affection est le plus souvent secondaire. M. Travers la considère comme le résultat presque constant et secondaire d'une autre affection des membranes internes ou externes de l'œil. M. Carron du Villards dit qu'elle est presque toujours secondaire à une autre inflammation des membranes éminemment vasculaires de l'œil, telles que l'iris, la conjonctive et la choroïde. « Nous avons beau interroger nos souvenirs et nos observations, ajoute ce chirurgien, ils ne nous mettent pas à même de relater le cas d'une inflammation primitive de sclérotique. »

On le voit, l'appréciation symptomatologique est loin de prouver l'existence réelle de la sclérotique telle qu'on l'admet généralement. Examinons maintenant si les idées théoriques sont plus favorables à l'opinion combattue par M. Velpeau.

Si l'on trouve dans les symptômes décrits par les auteurs, une inflammation propre à la scléro-

tique, il faut dire alors que l'inflammation de cette membrane est une des maladies des yeux les plus fréquentes. Car, ces symptômes s'observent très fréquemment, et je peux dire pour mon compte que j'en ai rencontré un très grand nombre d'exemples dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Or, je le demande, pour peu que l'on réfléchisse à la nature du tissu sclérotical, est-il possible d'admettre une pareille proposition? conçoit-on qu'un tissu qui se trouve si rarement enflammé dans les autres régions du corps, fût ici si souvent malade? M. Velpeau ne se rend point compte de cette différence, et je suis porté à croire que beaucoup d'observateurs seront de son avis. D'ailleurs, lorsque l'inflammation s'empare d'une membrane fibro-celluleuse, la maladie a ordinairement une grande tendance à s'étendre, elle ne se circonscrit que très rarement. Or, qu'on examine les sujets qui présentent les symptômes dont je viens de parler, et l'on verra si c'est là la marche que suit la maladie. De plus à la suite des inflammations qui affectent les tissus analogues à celui de la sclérotique, il reste ordinairement des traces; ici, au contraire, tout rentre dans l'ordre le plus complet dès que la phlegmasie oculaire s'est dissipée. M. Velpeau a fait en outre une expérience qui mérite d'être prise en considération. Ce chirurgien a essayé, par des blessures répétées sur la sclérotique, de produire l'inflammation de cette membrane; eh bien, je peux le dire, car j'ai assisté à ces expériences, jamais il n'a pu y parvenir.

Je ne crois pas devoir pousser plus loin ces considérations. Il est évident que les auteurs ont aggloméré, sous le titre de sclérotite, un cer-

tain nombre de symptômes que nous avons déjà trouvés dans quelques-unes des inflammations précédemment étudiées, et que nous rencontrerons encore plus tard. On le voit, d'après ce qui précède, tout s'oppose à admettre l'inflammation de la sclérotique, du moins telle qu'on l'a entendue jusqu'ici; et je me crois en droit de conclure avec M. Velpeau que tout est à refaire sur ce point, et qu'il faut rejeter la sclérotite des cadres ophthalmologiques jusqu'à ce que de nouvelles observations en aient démontré l'existence d'une manière beaucoup plus évidente. Mais répétons-le en finissant, car c'est là le point capital de la question, les descriptions données par les auteurs sur l'inflammation de la sclérotique ne sont qu'une agglomération de symptômes qui se rapportent à une phlegmasie de quelques autres membranes de l'œil.

Staphylôme.

Le staphylôme de la sclérotique est une déformation de cette membrane produite par son hypertrophie ou par son ramollissement. C'est un genre de tumeur de volume variable, se présentant dans la plupart des cas sous une forme multilobée. On distingue plusieurs espèces de staphylômes de la sclérotique, et chacune d'elles a reçu un nom particulier. Je ne crois pas devoir les passer ici toutes en revue; je me bornerai à dire quelques mots sur les quatre variétés principales.

Quoi qu'il en soit, les symptômes généraux qui caractérisent cette affection sont les suivants.

L'œil est saillant sur un des points de sa circonférence. De prime-abord on serait porté à

penser qu'en cet endroit les paupières sont le siége d'une tumeur ; mais en écartant ces voiles membraneux, il est facile de se convaincre que c'est la sclérotique qui est affectée. Les paupières sont gênées dans leurs mouvements ; et si le staphylôme est volumineux, elles recouvrent difficilement l'œil. J'ai observé un cas de ce genre dans le service de ce M. Velpeau, en 1836, chez une femme d'environ quarante-cinq ans : la tumeur avait son siége près de l'angle externe de l'œil droit.

Le staphylôme de la sclérotique se présente tantôt sous une forme globuleuse, bleuâtre veineuse, tantôt sous celle d'une tumeur blanchâtre, nacrée. Dans la plupart des cas, il est recouvert de vaisseaux veineux, variqueux et sinueux. Si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, la trame fibreuse de la membrane albuginée disparaît peu à peu et finit par faire place à une membrane transparente sur le point affecté.

Le staphylôme de la sclérotique peut rester pendant un temps plus ou moins long, indolent et stationnaire. Un homme de près de soixante ans, que j'observai à l'hôpital de la Charité, en 1837, en portait un depuis plus de trente ans. Mais je dois ajouter qu'il était très peu volumineux, à tel point que le malade ne s'en occupait plus depuis longtemps. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi ; le plus souvent, au contraire, l'inflammation s'en empare, des douleurs assez vives se font sentir, la tumeur se crève, des hémorrhagies ont lieu, et quelquefois même il survient des tumeurs de mauvaise nature.

Les causes de l'affection qui nous occupe sont diverses : les unes sont traumatiques et agissent mécaniquement ; les autres sont le produit de

l'inflammation. Sans entrer dans des détails sur ce point, on peut dire que les staphylômes de la sclérotique sont le résultat du développement, de l'augmentation des vaisseaux sous-sclérotidiens qui agissent sur la membrane par compression, dedoublement et usure. Cette action est ici la même que celle des anévrismes et des varices sur les os.

Disons maintenant quelques mots du staphylôme *en grappe*, du staphylôme *cutané*, du staphylôme *latéral* et du staphylôme *postérieur*.

1° *Staphylôme en grappe.* — Cette première variété s'observe sur les points de la sclérotique qui avoisinent le pourtour de la cornée. Ce sont de petites tumeurs de couleur bleuâtre, entourées d'un cercle nacré. Au début de la maladie, ces tumeurs sont dures et peu volumineuses ; mais peu à peu elles grossissent et acquièrent un degré de ramollissement plus ou moins prononcé; assez souvent même elles se laissent déprimer et refouler avec les doigts. Cette affection exerce son influence sur la pupille ; tantôt en effet cette ouverture est large et immobile, tantôt elle est étroite et obstruée par des pseudo-membranes. On comprend facilement que les fonctions visuelles peuvent être plus ou moins troublées ; quelquefois même elles sont abolies.

2° *Staphylôme cutané.* — Cette espèce de staphylôme, dit M. Carron du Villards, se présente à son début sous la forme d'un petit anneau nacré qu'enchâsse la cornée. Peu à peu il augmente de volume ; et alors il reprend une couleur bleue et forme le staphylôme du corps ciliaire, dont je parlerai plus tard.

3° *Staphylôme latéral.* — On désigne ainsi le

staphylôme qui se développe à la partie externe de l'œil. M. Carron du Villards est un des premiers qui aient décrit cette variété, qui est le résultat de la piqûre de la sclérotique dans l'opération de la scléroticonyxis.

4° *Staphylôme postérieur.* — Cette dénomination indique assez le siége qu'occupe ici la maladie. Cette variété est peut-être moins rare qu'on ne le pense. Les observations de Demours, de Scarpa, tendraient du moins à le faire croire. Mais comme la sclérotique est ordinairement assez saine à sa partie antérieure, le diagnostic du staphylôme postérieur est souvent d'une difficulté insurmontable. La maladie peut alors être confondue avec une tumeur intra-orbitaire, avec une hydropisie postérieure, etc.

Cette espèce de staphylôme reconnaît les mêmes causes que les précédentes, à l'exception toutefois des causes traumatiques. On s'accorde à dire néanmoins que les plus fréquentes sont l'inflammation de la choroïde, la varicosité de ses vaisseaux, et l'accumulation d'une humeur quelconque entre la choroïde et la sclérotique.

Je ne pousserai pas plus loin ces considérations, qu'il me suffise de dire en finissant que le staphylôme de la sclérotique est au-dessus de toutes les ressources de l'art. On a proposé leur extirpation partielle; mais, outre que cette opération n'amène pas la guérison, elle laisse toujours une difformité fâcheuse. Dans la plupart des cas, il vaudrait mieux évacuer l'œil et le faire suppurer.

Lorsque le staphylôme est postérieur et qu'il a acquis un développement considérable, l'œil doit être sacrifié, il faut procéder à son extirpa-

tion. Nous tracerons plus tard les règles de cette opération.

Je ne puis terminer ce que j'avais à dire sur la sclérotique sans mentionner une opération qu'on a essayée à l'étranger. D'après ce que j'ai dit en parlant de la kératoplastie, il semblait que les tentatives d'anaplastie faites sur la cornée, devaient former la dernière limite de ce genre d'essais. Il n'en a rien été. Dans ces dernières années, M. Stilling a essayé de créer une pupille sur la sclérotique, en y transportant un lambeau de cornée. Je laisse aux lecteurs le soin de juger une pareille tentative. Qu'il me suffise de dire que les essais auxquels s'est livré M. Stilling pendant son séjour à Paris, ne paraissent pas avoir confirmé les expériences faites par ce chirurgien en Allemagne. M. Velpeau a complétement raison, en disant que de tels essais ne sont guère propres qu'à faire perdre du temps aux expérimentateurs, et à compromettre les progrès réels de la médecine opératoire.

Maladies de l'iris.

La pathologie de l'iris porte sur une foule de maladies diverses appartenant les unes à l'iris proprement dit, les autres à la pupille.

Inflammation de l'iris. — Iritis.

En parcourant les différents traités d'ophthalmologie, il est facile de se convaincre que, de tout temps, les auteurs ont fait mention de l'inflammation de l'iris. Il faut pourtant arriver jusqu'au commencement du siècle actuel pour trouver une description particulière de cette maladie.

Avant cette époque, les uns s'étaient bornés à la noter en passant; les autres la confondant avec d'autres maladies de l'œil, n'avaient présenté sur elle que des notions vagues et peu exactes. Ce sont les Allemands et les Anglais qui les premiers se sont efforcés de faire de l'iritis une maladie distincte, en quelque sorte indépendante de toute les autres affections de l'œil. Sur ce point même ces auteurs ont été trop exclusifs, comme il est facile de s'en convaincre en lisant leurs travaux. L'iritis est, il est vrai, une maladie distincte, qui doit être décrite en particulier; mais, comme on ne conçoit guère qu'elle puisse exister sans que les parties voisines participent plus ou moins à l'inflammation, il est évident qu'il faut tenir compte de ces complications, si on veut être exact dans la description qu'on en donne. Plus tard, peut-être parviendra-t-on à isoler complétement l'inflammation de l'iris; mais, dans l'état actuel de la science, cela est impossible; c'est pour l'avoir tenté qu'on a englobé sous son nom des inflammations qui ne lui appartiennent pas, ou qui du moins peuvent également se rapporter à d'autres éléments du globe de l'œil.

Quoi qu'il en soit, en 1799, Beer est le premier qui ait décrit avec soin l'inflammation de l'iris. Deux ans plus tard Schmidt publia sur cette maladie un travail intéressant. Peu de temps après Ware, Saunders, et plus tard M. Travers, s'en occupèrent aussi avec soin. La France ne tarda pas à prendre part à ce mouvement. En septembre 1818, M. Gimelle publia dans le journal universel des Sciences médicales, un travail intéressant sur l'iritis. Nous en recommandons la lecture à ceux qui pourraient encore douter

de la part qu'ont pris les Français à l'étude des maladies des yeux. Ils verront dans ce mémoire remarquable pour l'époque où il a paru, si M. Velpeau a tort ou raison de s'élever contre les prétentions de certains oculistes d'outre-Rhin à ce sujet. En 1820, M. Guillé (Dict. des Sciences médicales) et M. Muller (Bibliot. Ophthal.), se sont aussi occupés de cette affection. En 1823, M. Gillet de Grammont présenta dans sa thèse des considérations importantes sur cette maladie. Ce sujet a été depuis l'objet d'une foule de recherches. S'il est vrai de dire, en un mot, que les étrangers ont été les premiers à attirer d'une manière particulière l'attention des praticiens sur l'inflammation de l'iris, la France ne s'est pas moins rendue utile à la science en envisageant cette maladie sous son véritable point de vue.

En parcourant les différents relevés statistiques, on est de prime-abord étonné de voir que l'iritis est loin d'être une affection également fréquente pour tous les observateurs. C'est ainsi que sur dix-neuf cent quarante-deux cas de maladies des yeux, Saunders compte trente-huit exemples d'iritis, et que M. Watson trouve dix exemples de cette inflammation sur deux cent quarante-huit cas d'ophthalmie. A une époque, M. Velpeau en a trouvé cinq cas sur deux cents malades. Dans la suite, en prenant à la lettre les descriptions de MM. Schmidt, Lawrence, etc., ce chirurgien en aurait facilement trouvé vingt-cinq cas sur trois cents.

De nos jours la cause de cette divergence est facile à saisir. Il s'en faut que les chirurgiens aient tous les mêmes idées sur la maladie qui nous occupe. C'est d'ailleurs une question très

délicate. Les symptômes que les uns rapportent à l'iritis, sont donnés par d'autres comme signes d'une inflammation ou de la choroïde, ou de la rétine, ou du corps vitré, ou de la capsule du cristallin. Pour quelques-uns même toutes ces inflammations présentent à peu près les mêmes caractères.

M. Velpeau n'a pas la prétention d'avoir éclairci complétement cette question; il avoue même qu'il reste encore beaucoup à faire et dans ses leçons il a fortement engagé les observateurs à diriger leurs recherches sur ce point important de pathologie oculaire.

Les auteurs qui se sont spécialement occupés de l'inflammation de l'iris, ont imaginé une foule de variétés de cette affection. Ce n'est pas ici le moment de faire sentir le vague de toutes ces distinctions, nous traiterons plus tard cette question. Nous allons suivre dans l'étude de l'iritis la même marche que nous avons suivie pour la kératite. Faisant donc abstraction de toute complication, nous allons étudier l'iritis à l'état aigu et à l'état chronique.

Iritis aiguë.

L'inflammation de l'iris peut débuter par la face postérieure de cette membrane, par la face antérieure ou par son parenchyme. Ce sont là trois nuances de la maladie que je crois devoir noter, quoique, dans l'état actuel de la science, leur importance ne puisse point encore être déterminée. Aussi, je ne m'arrêterai pas à rechercher les symptômes qui caractérisent chacune d'elles. Ce serait je crois entrer dans des détails superflus. D'ailleurs, il faudrait pour cela sup-

poser que l'inflammation peut exister séparément pendant un certain temps dans chacune de ces portions de l'iris. Or, je le demande, l'esprit comprend-il un pareil isolement dans une membrane aussi mince? Après tout, il doit en être ici comme pour le péritoine, la plèvre, l'arachnoïde et les membranes séreuses en général; c'est par son tissu cellulaire un peu plus en avant, un peu plus en arrière que doivent débuter toutes les inflammations de l'iris.

Les symptômes de l'iritis doivent être rangés en deux groupes bien distincts : les uns sont purement *anatomiques*, les autres sont *physiologiques*. Étudions-les successivement.

A. Les symptômes *anatomiques* (objectifs de l'école allemande) tombent sous les sens du chirurgien. On ne les tire pas seulement de l'aspect de l'iris, mais encore de celui de la pupille, de la cornée, de la sclérotique et des humeurs de l'œil. Au début de la maladie, la pupille se resserre légèrement sans perdre de sa régularité; elle devient peu à peu immobile, mais elle reste nette. Le devant de l'œil offre un aspect brillant, semblable à une glace mouillée. La cornée conserve sa transparence; la conjonctive n'offre rien de remarquable. Ce sont là les prodromes de la maladie. Mais si l'inflammation n'est pas arrêtée à son début, la pupille se resserre de plus en plus, devient peu à peu irrégulière, et finit par offrir une immobilité presque complète contre laquelle les préparations de belladone n'ont aucune influence. On a cru voir dans les différentes formes que revêt la pupille, des caractères se rapportant à des iritis prétendues spécifiques. C'est là une erreur que l'observation attentive des faits m'a bien souvent démontrée. Ces dé-

formations de la pupille sont dues tantôt à ce que quelque partie de l'iris se trouve plus engorgée que le reste, tantôt à des filaments qui en lui faisant contracter des adhérences en gênent les mouvements. Si l'inflammation persiste et qu'elle acquière de l'intensité, l'ouverture pupillaire s'obscurcit et semble obstruée par une sorte de fumée ou de nuage. Les humeurs de l'œil paraissent troubles. Mais la cornée conserve sa transparence. Dans le plus grand nombre de cas, la conjonctive n'offre rien de remarquable. On observe pourtant lorsque l'inflammation est très intense, quelques légères traces de vascularisation vers la partie de cette membrane qui correspond au cercle ciliaire. La sclérotique, au contraire, présente un phénomène constant : vis-à-vis du cercle ciliaire et un peu en arrière, cette membrane offre un anneau rouge profondément situé et formé de vaisseaux parallèles excessivement fins. Cet anneau est évidemment distinct de celui dont j'ai parlé en traitant de la kératite aiguë. Outre ce caractère, on aperçoit aussi quelquefois l'injection d'un plus ou moins grand nombre de vaisseaux appartenant à la sclérotique. Cette injection peut même être portée si loin que je ne suis point étonné qu'on ait trouvé là un symptôme de l'inflammation de la membrane albuginée de l'œil. Mais, qu'on ne s'y trompe point, cette vascularisation sclérotical e n'est que secondaire; elle disparaît toujours avec la maladie principale. Il est facile d'ailleurs, de se rendre compte de tous ces phénomènes vasculaires, si on se rappelle ce que j'ai dit sur la vascularisation de l'œil en général.

L'iris subit des modifications importantes à

noter. Son tissu prend un accroissement plus ou moins prononcé; sa face antérieure perd son poli et se couvre de villosités, on y aperçoit même quelquefois des taches de couleur variable. Ce qu'il y a surtout de remarquable, ce sont les changements que subit la couleur de cette membrane. Il ne faudrait pas pourtant attacher à ces changements de couleur autant d'importance que leur en accordent les ophthalmologistes allemands. Ils varient suivant la coloration naturelle de l'iris de chaque individu et peuvent être résumés de la manière suivante : La couleur pathologique des iris bleus ou très clairs est verdâtre ou jaunâtre; celle des iris d'un bleu prononcé est d'un vert brillant; les iris bruns revêtent une teinte rougeâtre ou briquetée, ceux qui sont gris deviennent pâles et ternes; une teinte orangée, enfin, est la couleur que revêtent les iris d'un brun-clair. Ces changements s'observent d'abord vers l'anneau pupillaire, et se présentent ensuite vers la grande circonférence de l'iris. On remarque alors entre ces deux zones coloriées plusieurs petits vaisseaux entre-croisés, se portant de l'une à l'autre et simulant parfois, lorsque l'inflammation est intense, une couronne rouge.

Je dois ajouter que la totalité de l'iris s'incline tantôt en arrière, tantôt en avant, et tend à former des synechies postérieures ou antérieures. Ces changements de direction, font que l'iris contracte quelquefois des adhérences avec les parties voisines. Nous nous occuperons plus tard de ces complications.

B. Les symptômes *physiologiques* (subjectifs des auteurs allemands) sont aussi très nombreux, et d'une grande importance pour le diagnostic.

Les malades éprouvent d'abord une douleur plus ou moins vive qui s'irradie dans l'orbite, mais qui se fait plus particulièrement sentir au front et à la tempe. Si l'inflammation est intense, les malades éprouvent dans l'œil des battements et une espèce de distension. La lumière n'est supportée qu'avec peine, l'œil est de temps en temps comme frappé par des éclairs, des étoiles ou l'éclat de bougies scintillantes. Il y a de la photophobie et du larmoiement. Le plus souvent il est vrai, ces deux phénomènes sont moins prononcés que dans quelques autres inflammations de l'œil, la kératite ulcéreuse par exemple; mais il est rare qu'ils n'existent pas à un certain degré. Pour peu que la phlegmasie persiste, la vue ne tarde pas à se troubler. Ce trouble de la vision s'explique suffisamment par une suffusion des humeurs de l'œil, ou par un travail pathologique qui peut s'emparer du cristallin, du corps vitré ou de la rétine.

Les symptômes généraux de l'iritis n'ont rien de déterminé. Tantôt, en effet, on n'observe aucune espèce de réaction, point de fièvre, point de dérangement dans les fonctions digestives; tantôt au contraire, il y a de la fièvre, de la soif, de l'inappétence, de l'insomnie, tout le cortége enfin, d'une réaction assez vive.

Tels sont les symptômes de l'iritis, considérés d'une manière générale. Nous allons voir de quelle manière ils se modifient suivant la période de la maladie.

La marche de l'iritis peut être divisée en trois périodes distinctes; on doit même admettre cette division si on veut avoir une idée nette et claire de cette affection.

Lorsque les symptômes dont je viens de par-

ler sont peu prononcés, c'est alors la première période de la maladie; je n'y reviendrai pas.

Dans la seconde période, voici les symptômes que l'on observe : la pupille revêt une forme irrégulière, elle devient anguleuse, frangée. Les humeurs de l'œil se troublent, on aperçoit dans leur milieu de petits flocons de lymphe plastique, qui simulent tantôt un nuage, tantôt un réseau, d'autres fois enfin, de petits points isolés. C'est alors qu'on observe souvent la synechie, soit antérieure, soit postérieure. L'iris semble couvert de légères échymoses, et prend une teinte terne ou villeuse. La cornée perd assez souvent une partie de sa transparence; dans quelques cas même on dirait que cette membrane est pointillée de blanc vers ses lames profondes. Lorsque l'iritis est intense, la conjonctive elle-même prend part à l'inflammation, et on observe dans le tissu de la sclérotique, un anneau vasculaire, qui, tantôt s'avance sur la cornée et se prolonge même plus ou moins entre ses lames superficielles, et tantôt s'arrête à l'union de cette membrane avec la sclérotique. Quelquefois enfin, cet anneau s'arrête à une demi-ligne en arrière de la cornée et dans ce cas il est séparé de cette membrane par un anneau gris ou bleuâtre, large d'un quart de ligne à une demi-ligne.

A cette période, la douleur est vive, la moindre pression fait souffrir les malades. Cette douleur s'irradie surtout dans la direction des rameaux du nerf facial et de la cinquième paire. Les malades expriment leur souffrance en disant que le globe de l'œil semble distendu. Assez souvent la photophobie et le larmoiement augmentent, il arrive pourtant quelquefois que ces deux symptômes perdent de leur intensité. C'est

surtout à ce second degré de la maladie que les symptômes généraux se montrent dans toute leur force.

La troisième période de l'iritis est caractérisée par les phénomènes suivants : l'irrégularité de la pupille est de plus en plus prononcée; de la circonférence de cette ouverture, partent de petits filaments, des espèces de franges qui se portent les unes vers les autres, ou en arrière. La pupille peut prendre alors toute espèce de forme. Quelquefois même elle se remplit de flocons de lymphe plastique, ou de lamelles revêtant l'aspect de fausses membranes et pouvant constituer dans la suite de fausses cataractes. Dans quelques cas même cette ouverture s'oblitère complétement. Le tissu de l'iris devient le siége tantôt de petits foyers de sang, tantôt de légers dépôts de lymphe plastique ou même de véritables abcès. J'ai observé à l'hôpital de la Charité plusieurs cas de ce genre. En 1837 nous avons pu compter jusqu'à cinq abcès de l'iris chez un homme d'environ cinquante ans. Alors, l'humeur aqueuse et la cornée subissent des changements prononcés. La vision est profondément altérée; quelquefois même elle est à peu près complétement abolie. Il n'est pas très rare encore de voir l'iris contracter des adhérences avec la capsule du cristallin, et constituer par là ce qu'on appelle la synéchie postérieure.

Avant d'aller plus loin, je crois devoir dire quelques mots sur l'explication et la valeur de quelques-uns des symptômes dont je viens de parler.

1° L'aspect brillant et humide de l'œil, le poli de la face antérieure de l'iris, indiquent que la

phlegmasie porte non-seulement sur la surface antérieure de cette membrane; mais encore sur la lame profonde de la cornée ou sur la membrane de Descemet. Quelques oculistes de nos jours ont nié ce fait; mais si l'on sait que la face séreuse de l'iris se continue sans la moindre ligne de démarcation avec la membrane de l'humeur aqueuse, on comprendra sans peine qu'il est impossible que l'inflammation s'empare de l'une sans atteindre l'autre. C'est dans ces cas qu'il se fait quelquefois une hypersécrétion de l'humeur aqueuse qui refoule l'iris en arrière sans lui faire contracter des adhérences.

« Si la phlegmasie, dit M. Velpeau, s'est principalement arrêtée à la face uvéale de l'iris, les douleurs sont plus vives, et revêtent en général un caractère intermittent ou névralgique. Ici la coloration de l'iris change moins rapidement, mais la pupille s'obscurcit plus vite. Soit que cela tienne à l'épaississement de l'uvée, soit que cela dépende d'une augmentation de volume du corps vitré, et de l'appareil cristalloïde, il n'est pas rare de rencontrer la synéchie antérieure. Dans la première de ces deux nuances, l'anneau sclérotical s'avance jusque sur la cornée. Dans la seconde, il s'arrête ou à son niveau, ou à quelque distance en arrière.»

2° La plupart des auteurs pensent que les flocons, les villosités, les espèces de végétations que nous avons citées dans la symptomatologie de l'iritis, ne sont que des expansions vasculaires agglomérées en forme de *tomentum*, de petits renflements du tissu même de l'iris. M. Velpeau ne partage pas la même opinion. D'après lui, le velouté du devant de l'iris est constitué par de la matière plastique et par une

sorte de chevelure résultant de la raréfaction inflammatoire du tissu cellulo-vasculaire. C'est aussi de la même manière que se forment les flocons du contour pupillaire. Les végétations, les nodosités paraissent dépendre de concrétions sanguines ou de matière plastique. Les filaments, ajoute M. Velpeau, soit uniques, soit multiples, soit rayonnés, soit en réseau, qui cloisonnent quelquefois la pupille, sont des tractus d'exudation plastique organisée, au lieu de véritables vaisseaux.

3° Après de fortes contractions de l'iris, cette membrane, en reprenant sa mobilité, laisse parfois sur la face antérieure du cristallin une couronne pointillée, noirâtre, qui a été décrite sous le titre de *Cataracte pigmenteuse*, et que quelques ophthalmologistes considèrent comme un phénomène vasculaire. M. Walter partage cette dernière opinion ; quant à M. Velpeau, il est convaincu d'après une foule d'observations, que cette espèce de couronne est due à un mélange de petites brides de lymphe plastique, mêlées à un dépôt du *pigmentum* de l'uvée.

4° Il s'en faut que les ophthalmologistes accordent tous la même valeur à la photophobie et au larmoiement. Depuis Beer jusqu'à MM. Juengken et Rosas, ces deux phénomènes ont été considérés comme des symptômes de l'inflammation de l'iris; mais je dois ajouter qu'ils s'en faut qu'ils soient aussi prononcés que paraissent le croire les disciples de Beer et de Schmidt. L'erreur vient ici de ce qu'on n'a pas tenu compte de la kératite et de la rétinite. De nos jours M. Sichel a positivement rejeté les deux phénomènes qui nous occupent, de la symptomatologie de l'iritis. Lorsque la photo-

bie et le larmoiement existent, dit cet oculiste, c'est que l'iritis est compliquée de rétinite. C'est là une double erreur, comme l'a parfaitement démontré M. Velpeau au lit des malades. Le larmoiement et la photophobie, dit ce chirurgien, sont loin d'appartenir exclusivement à la rétinite. C'est à la kératite et surtout à la kératite ulcéreuse ou traumatique, que se rattachent ces deux symptômes. C'est là une opinion que partagent tous ceux qui ont assisté aux visites et aux leçons de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Disons-le en finissant, et c'est là l'opinion de M. Velpeau, la photophobie et le larmoiement doivent être placés dans la symptomatologie de l'iritis; mais ces deux phénomènes sont moins prononcés que dans la kératite.

Les symptômes de l'iritis sont très nombreux comme on vient de le voir. M. Velpeau les a résumés d'une manière si succincte et si vraie que je ne puis me dispenser de citer ses propres paroles : douleur sourde, profonde dans l'œil et l'orbite; douleur lancinante au front et à la tempe; rougeur nulle ou peu intense à l'extérieur du globe oculaire et dans le tissu des paupières; resserrement, inégalités, immobilité de la pupille; coloration plus foncée, aspect villeux, taches irrégulières de l'iris; aspect humide et brillant du devant de l'œil; trouble manifeste de la vision.

Causes de l'iritis.— La texture de l'iris, sa mollesse, sa position en quelque sorte flottante au milieu des liquides, expriment assez pourquoi cette membrane est souvent le siége de l'inflammation. Il est même certain qu'elle serait bien plus souvent enflammée si, par sa position profonde, elle n'était pas à l'abri d'une

foule de causes auxquelles sont soumis les tissus superficiels de l'œil. Dire que l'iritis se développe sous l'influence d'un changement brusque de température, d'un froid humide à la tête, etc., c'est à mon avis tenir un langage peu scientifique, puisque toutes ces causes peuvent tout aussi bien donner naissance à une conjonctivite, à une kératite, à une blépharite, qu'à une iritis. C'est en définitive dans l'état local des parties qu'il faut chercher les causes réelles de cette maladie. L'opération de la cataracte, soit par abaissement, soit par extraction, les opérations de pupille artificielle, les coupures, les piqûres de l'iris, peuvent faire naître cette inflammation; mais hâtons-nous de le dire, il n'est pas rare de la voir survenir spontanément, sans qu'on puisse la rattacher à aucune de ces causes; dans ces cas elle se développe comme toutes les inflammations en général, et sous ce rapport le champ des hypothèses est largement ouvert.

Quant aux prétendues causes spécifiques, je ne dois point m'en occuper ici; nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Terminaisons de l'iritis.— L'iritis peut se terminer de différentes manières : outre la résolution qui en est la terminaison la plus fréquente et aussi la plus heureuse, l'iris peut encore contracter des adhérences avec les parties voisines et constituer par là une difformité plus ou moins gênante pour l'accomplissement des phénomènes visuels. Il en résulte aussi la formation d'une fausse cataracte, ou de membranules opaques au devant du cristallin. On a observé dans certains cas des taches, des duretés, des plaques, des espèces de végétations sur diffé-

rents points de la cornée; il est inutile de dire que lorsque tous ces phénomènes persistent après la cessation des simptômes inflammatoires, ils constituent eu égard aux fonctions de l'organe une infirmité très malheureuse.

Je ne puis passer outre, sans signaler une terminaison qui est heureusement assez rare; je veux parler de la suppuration de l'iris.

Qu'il me suffise d'ajouter que l'iritis peut aussi donner naissance à l'inflammation des autres tissus de l'œil.

La résolution de l'iritis est annoncée par les phénomènes suivants : les douleurs et la chaleur de l'œil perdent peu à peu de leur intensité; la photophobie et le larmoiement diminuent. La vascularisation de la conjonctivite et l'anneau sclérotical se dissipent insensiblement; l'humeur aqueuse reprend sa transparence, et la cornée s'éclaircit; alors l'iris perd de sa turgescence, son velouté morbide s'efface; ses couleurs primitives reviennent. Il ne faudrait pas croire pourtant que lorsque l'inflammation a été intense, l'iris revienne toujours au même état qu'avant la maladie; le plus souvent, il est vrai, les petits dépôts soit de sang, soit de lymphe plastique dont j'ai déjà parlé, s'applatissent, se resserrent et finissent par se résoudre complétement; mais quelquefois aussi ces lésions laissent à leur place des taches indélébiles. La pupille reprend aussi insensiblement sa régularité, sa forme, ses dimensions normales et sa mobilité primitive. Dès lors tout est rentré dans l'ordre : la maladie a disparu.

Traitement de l'iritis.— Nous sommes encore obligés de dire ici en commençant, que c'est pour avoir aggloméré sous un même titre

des phlegmasies de tissus divers, que la thérapeutique de l'iritis est encore si peu avancée, et que les auteurs ont proposé contre cette maladie une foule de moyens divers. Chacune de ces médications a été soumise, à l'hôpital de la Charité, au creuset de l'expérience, et ce n'est qu'après en avoir pu juger la valeur que M. Velpeau a fait connaître le résultat de ses recherches.

Le traitement de l'iritis comprend une médication générale et une médication locale. Il suffit de réfléchir un instant à la position de l'iris, pour se convaincre que dans son inflammation, les moyens généraux doivent occuper le premier rang. Dans cette médication on a surtout préconisé les *affaiblissants*, les *altérants* et les *révulsifs externes*. Entrons dans quelques détails sur chacune de ces trois classes de remèdes.

A. A la tête des moyens *affaiblissants*, nous devons placer les *emissions sanguines*. Tous les praticiens sont d'accord sur ce point; ils ne diffèrent que sur la manière d'employer cette ressource thérapeutique. Ainsi les uns pratiquent de larges saignées à quelques jours d'intervalle; les autres en ordonnent de petites et les répètent souvent; d'autres, enfin, vantent l'emploi des saignées *coup sur coup*. Tel praticien préfère la saignée du bras, tel autre celle du pied, un troisième celle du cou; quelques-uns enfin préconisent l'artériotomie. Ceux-ci préfèrent les émissions sanguines générales; ceux-là ont plus de confiance aux saignées locales, et parmi ces derniers il y a encore divergence d'opinions sur l'endroit où l'on doit appliquer les sangsues ou

les ventouses. Il importe donc d'examiner cet ordre de moyens sous ces différents points de vue.

Laissant de côté ce que les auteurs ont dit à ce sujet, je vais exposer ici le résultat des expériences faites publiquement, par M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité.

Lorsque l'inflammation est intense, et que le sujet est fort et vigoureux, une saignée de quatre pallettes environ, pratiquée le matin et le soir pendant deux ou trois jours, produisent le plus souvent d'heureux résultats. C'est là même la pratique que M. Velpeau a définitivement adoptée, et je pourrais citer à l'appui une foule de faits que j'ai observés dans le service de ce chirurgien. Dans les cas de ce genre, M. Velpeau a aussi essayé les saignées *coup sur coup*, d'après la méthode de M. Bouillaud, et je ne connais pas un seul exemple où il ait eu à s'en repentir. Je dois même ajouter que le plus souvent la phlegmasie a paru céder plus promptement, et que, d'après mes propres observations, ce serait là la médication par excellence pour juguler l'inflammation. Les larges saignées pratiquées à un ou deux jours d'intervalle, sont loin de procurer d'aussi heureux et d'aussi prompts résultats que les deux méthodes précédentes. La maladie n'est que légèrement modifiée par cette pratique.

Lorsque l'inflammation est peu développée, ou bien lorsque le sujet est d'une faible constitution, il faut n'avoir recours aux émissions sanguines qu'avec prudence et modération. Dans ce cas, M. Velpeau se borne à pratiquer quelques saignées peu copieuses. Ici, du reste, la conduite du chirurgien ne peut pas être

tracée d'une manière générale; qu'il me suffise de dire qu'alors les émissions sanguines générales devaient être proportionnées à la constitution du sujet et à ses forces actuelles.

M. Velpeau a aussi fait plusieurs essais pour savoir quelle était la saignée qui produisait les résultats les plus heureux et les plus prompts. Sans entrer dans aucun détail sur ce point, je dirai que dans toutes les expériences, la saignée du bras a produit les succès les plus avantageux; quant à l'artériotomie, j'ai dit en parlant de la kératite, que M. Velpeau est loin d'avoir autant de confiance à ce moyen que d'autres praticiens.

La saignée générale doit être secondée par des applications de sangsues, ou par l'usage des ventouses. M. Velpeau a aussi fait plusieurs essais à ce sujet; et il en est résulté qu'appliquées aux tempes ou sur les apophyses mastoïdes, les sangsues ont paru être plus utiles que sur les côtés du cou. Je dois même ajouter qu'aux tempes, leur effet a paru plus prompt. Quant aux sangsues posées sur la face interne des paupières, j'ai eu plusieurs fois occasion de me convaincre que c'est le meilleur genre de saignée locale que l'on puisse opposer à l'iritis. Aussi, de concert avec M. Velpeau, je ne saurais trop engager les praticiens à y avoir recours. J'ai déjà parlé de la manière dont il convient de faire ces applications; je n'y reviendrai pas.

Du reste, voici la conduite que tient M. Velpeau par rapport aux émissions sanguines : au début de l'inflammation, si le sujet est fort et vigoureux, il pratique le matin et le soir une saignée du bras d'environ quatre palettes, et il

continue de la même manière pendant trois ou quatre jours; il ordonne en même temps une ou ou plusieurs applications de sangsues soit à la tempe du côte malade, soit sur la face muqueuse de la paupière. Lorsque la tête est pesante et douloureuse, j'ai vu ce chirurgien les appliquer sur les apophyses mastoïdes. Si le sujet est faible, M. Velpeau se borne à pratiquer une saignée de cinq à six onces, et combat l'inflammation par des applications fréquentes de sangsues.

B. *Purgatifs.*— Les purgatifs ont été essayés par les praticiens sous toutes les formes. C'est une des médications qu'on a le plus vantées contre l'inflammation de l'iris. Je ne me propose pas de passer ici en revue toutes les espèces de purgatifs qui ont été essayés; je ne m'occuperai que des purgatifs mercuriels et des préparations de colchique.

Le calomel mérite d'être placé ici en première ligne. Cette substance est regardée par plusieurs praticiens, en Angleterre surtout, comme le spécifique de l'iritis. Je dois dire pourtant que M. Travers, loin de partager cette opinion, accuse le mercure de produire cette maladie. Sans entrer dans aucune discussion sur ce point, j'ai pu me convaincre plusieurs fois que le calomel est un bon moyen contre l'affection qui nous occupe.

Tous les praticiens n'administrent pas cette substance de la même façon et à la même dose. Les uns ne s'en servent qu'à titre d'altérant et de résolutif; les autres pensent, au contraire, que son action n'est réellement avantageuse que lorsque la salivation est bien établie. Aussi, voit-

on certains praticiens ne prescrire que deux ou trois grains de cette substance toutes les quatre, six ou neuf heures; d'autres même, un seul grain trois fois le jour, en y ajoutant une quantité double d'extrait de belladone et de jusquiame, tandis que d'autres en donnent jusqu'à trente-six grains dans les vingt-quatre heures, et ne s'arrêtent que lorsque la salivation est à son comble.

Voici la méthode que M. Velpeau a adoptée à ce sujet. Il administre le calomel à la dose de huit à quinze grains dans les vingt-quatre heures, soit seul, soit associé à un ou deux grains d'extrait d'opium. Si la salivation survient et qu'il existe en même temps beaucoup de douleur et de gonflement dans la bouche, il suspend le médicament et il combat l'inflammation buccale par des gargarismes aluminés. Si, au contraire, après quelques jours de l'emploi de cette médication, la salivation ne survient pas, il diminue rapidement la dose du remède et le suspend même assez promptement. Je dois ajouter que lorsque la salivation n'est pas trop violente, il lui laisse parcourir ses périodes naturelles, et il dit s'être aperçu qu'alors la maladie faisait des progrès rapides vers la guérison. C'est en se comportant ainsi, que M. Velpeau dit s'être souvent très bien trouvé de l'usage du calomel, et que même, dans plusieurs cas, il en a obtenu des résultats qu'il n'avait pas pu obtenir par l'usage des émissions sanguines. C'est donc une médication que les chirurgiens ne doivent point négliger dans la pratique.

Les préparations de colchique ont été aussi essayées un grand nombre de fois par M. Velpeau, et je dois dire qu'elles n'ont pas paru très

avantageuses. Cependant MM. Kuhn et Carron du Villards accordent une grande confiance à cette médication. Les insuccès obtenus, à l'hôpital de la Charité, dépendraient-ils des préparations qui ont été fournies plutôt que de l'infidélité du remède? M. Velpeau ne s'est pas prononcé sur ce point; toujours est-il qu'administré à la dose de douze à quinze gouttes dans une potion de quatre onces, à prendre par cuillerée dans le courant du jour, ce remède a produit chez quelques malades des coliques, des nausées ou même une véritable purgation; tandis que d'autres sujets en ont pris vingt, trente, quarante gouttes de la même façon, et n'en ont rien éprouvé.

Quoi qu'il en soit, tout porte à penser que c'est à tort que quelques chirurgiens regardent les préparations de colchique comme un moyen spécifique contre l'iritis.

Le tartre stibié, employé en lavage ou à dose rasorienne, n'a pas paru mériter autant de confiance que quelques oculistes paraissent lui en accorder. Il résulterait pourtant des expériences de M. Velpeau à ce sujet, que cette médication est réellement très avantageuse lorsque, sous l'influence des émissions sanguines, la résolution de l'inflammation a commencé. Mais ce serait à tort qu'on attendrait de ce seul moyen la guérison complète de la maladie; toutefois, c'est une ressource à ne pas négliger dans la pratique.

Remèdes altérants.—Les principaux remèdes altérants vantés par les auteurs contre la maladie qui nous occupe sont : le soufre doré d'antimoine, le kina, l'aconit, l'acétate d'ammoniaque, le polygala seneca, les pastilles de soufre,

la poudre de Dower, les préparations de belladone et de jusquiame, l'huile de térébenthine et différentes préparations opiacées. M. Velpeau a expérimenté chacun de ces moyens, et il est parvenu, après plusieurs essais, à se convaincre qu'aucun d'eux ne mérite une grande confiance. Il résulterait pourtant de plusieurs faits, publiés par MM. Carmichaël, Guthrie et Middlemore, que l'huile de térébenthine a produit de bons résultats. M. Carron du Villards dit avoir réussi une fois à l'aide de ce moyen. Ce serait, en conséquence, une médication qui jouirait d'une partie des propriétés du calomel contre l'iritis en général. Quoi qu'il en soit, le goût désagréable de cette substance, ses qualités irritantes et son âcreté, s'opposeront très probablement à l'extension de cette médication, d'autant plus que la matière médicale possède plusieurs autres remèdes d'une efficacité moins douteuse.

Révulsifs externes.—De tout temps, les chirurgiens ont conseillé l'emploi des révulsifs externes contre les maladies des yeux. Les vésicatoires, les sétons, les cautères, sont devenus la médication populaire. Une longue expérience a pourtant démontré à M. Velpeau, qu'en général, les révulsifs externes sont peu utiles contre l'iritis. Dans les deux premières périodes de la maladie, les vésicatoires sont plutôt nuisibles que favorables. Cependant, lorsque l'inflammation a perdu de son intensité et qu'elle tend à passer à l'état chronique, un séton à la nuque peut être très avantageux. J'ai été plusieurs fois à même de me convaincre de la justesse de cette dernière remarque. C'est contre l'iritis surtout que les bains de pieds sinapisés, ou mieux, à cause des vapeurs de la moutarde, les bains de pieds for-

tement salés et vinaigrés, sont utiles; toutefois si l'intérieur de l'œil donne trop d'inquiétude, il faut recourir à une large rubéfaction du bras, ou mieux encore, à un séton à la nuque. Mais, hâtons-nous de le dire, l'emploi de cette médication au début de la maladie pourrait ne pas être sans dangers.

2. *Médication locale.*— J'ai déjà dit que le traitement local ne doit avoir que peu de prise sur l'inflammation de l'iris. La situation profonde de cette membrane en rend facilement compte. Il ne faudrait pas en conclure pourtant que l'emploi des topiques est toujours nuisible. Quoi qu'en pense M. Sichel, quelques uns de ces moyens sont utiles dans plusieurs cas. J'ai été quelquefois à même de m'en convaincre d'une manière évidente. C'est là, dit M. Velpeau, une médication adjuvante et quelquefois même nécessaire. Voici, du reste, la conduite suivie par ce chirurgien : Au début de la maladie, si l'inflammation est intense, il ordonne, conjointement aux émissions sanguines, des cataplasmes émollients, qu'il a soin de rendre narcotiques à une période plus avancée ; il a recours aussi à l'usage de compresses imbibées de décoction mucilagineuse, ou d'eau végéto-minérale, ou simplement d'eau froide. Lorsque l'iritis est compliquée d'un certain degré de kératite, ce qui n'est pas rare, il fait usage d'un collyre, soit avec cinq ou six grains de sucre de saturne, soit avec quatre ou cinq grains de sulfate de zinc, dans quatre onces d'eau de rose. Lorsque les douleurs sont intenses, et que l'inflammation paraît profonde, il ajoute à ce collyre de douze à quinze gouttes de laudanum. Si la conjonctive et les lames superficielles de la cornée partici-

pent à l'inflammation, la solution de nitrate d'argent est alors indiquée; et dans ces cas, je me suis plusieurs fois convaincu que l'iritis cédait plus promptement.

Il me reste maintenant à dire quelques mots sur l'onguent mercuriel et la belladone, remèdes que quelques chirurgiens ont beaucoup vantés.

C'est sur la région fronto-sourcilière et sur la tempe du côté malade qu'on a prescrit les frictions mercurielles. On prend gros comme une noisette d'onguent mercuriel, et on en frictionne matin et soir les régions dont je viens de parler. C'est là un moyen auquel M. Velpeau a bien souvent recours, et je puis dire qu'il est assez souvent d'une assez grande utilité. Employé conjointement avec les émissions sanguines, il semble exercer une heureuse influence sur la résolution de l'inflammation. C'est en définitive un adjuvant utile auquel les praticiens doivent avoir recours; mais qu'on ne s'y trompe pas, on ne doit pas fonder sur lui de trop grandes espérances.

La belladone, que Schmidt et Saunders ont tant vantée, ne paraît pas mériter plus de confiance que l'onguent mercuriel. Cette substance est employée à titre de narcotique, de résolutif, et de dilatateur de la pupille. M. Velpeau en a fait usage sous ces trois points de vue, et le résultat de ses expériences a prouvé que c'est au déclin de la maladie que la belladone est réellement utile. Hors de là, M. Velpeau y a renoncé. Cette remarque s'explique facilement; en effet, la belladone agissant sur l'iris en forçant cet organe à se plisser, à se raccourcir, à s'allonger, à

se mouvoir enfin, bien loin de diminuer l'inflammation si elle est vive, doit au contraire l'augmenter. Disons, avant de terminer, que c'est sur la face cutanée des paupières que la belladone doit être appliquée; déposée sur le globe de l'œil, comme le conseille M. Sichel, elle augmenterait probablement l'inflammation qu'on se propose de faire disparaître.

Tels sont les moyens principaux que la thérapeutique met à la disposition du chirurgien contre la maladie qui nous occupe. Attaquée au début, il est rare que l'iritis sous l'influence de ces médications diverses sagement combinées ne cède pas dans l'espace de dix à douze jours. Il est inutile d'ajouter qu'on ne doit compter sur un si heureux résultat que lorsque la maladie ne sera compliquée d'aucune autre phlegmasie profonde, telles qu'une rétinite, une choroïdite, une maladie du corps vitré.

Iritis chronique.

Comme maladie primitive, l'iritis chronique a été jusqu'ici peu étudiée. Manquant de la plupart des caractères, soit anatomiques, soit physiologiques, dont j'ai parlé plus haut, elle est difficile à reconnaître et doit passer bien souvent inaperçue. Pourtant, si les observations que j'ai recueillies à l'hôpital de la Charité ne m'ont point trompé, cette affection serait moins rare qu'on ne le croit généralement. M. Velpeau est porté à penser, d'après un assez grand nombre de faits, que plusieurs nuances de ce qu'on décrit sous le titre d'*amaurose incomplète* doivent être rapportées à l'inflammation chronique de l'iris. Il impor-

terait donc de se livrer à de nouvelles recherches sur ce point.

Mais comme terminaison de l'iritis aiguë, l'iritis chronique a été bien souvent observée, et elle offre alors des caractères qui lui sont particuliers et au moyen desquels il est assez facile de la reconnaître.

L'iris n'offre pas la même teinte que du côté sain. Les malades ne peuvent pas fixer la lumière sans qu'on observe une rougeur, un larmoiement plus ou moins considérable; ils éprouvent dans l'orbite une sensation de tiraillement, une espèce d'embarras. Sur la face antérieure de l'iris on voit de petites taches de différentes couleurs. La pupille plus ou moins resserrée a perdu de sa mobilité, quelquefois même elle est tout à fait immobile. Il n'est pas rare d'observer que la petite circonférence de l'iris a contracté des adhérences avec la face antérieure de la capsule du cristallin. Ce qu'il y a surtout de remarquable, ce sont les formes variées que prend la pupille. Les humeurs de l'œil n'ont pas leur transparence normale. A tous ces signes il faut ajouter un affaiblissement plus ou moins grand de la vue.

On conçoit qu'à l'aide de ces symptômes et des antécédents il sera, dans la plupart des cas, facile de diagnostiquer une iritis chronique. Mais, hâtons-nous de le dire, la maladie n'est pas toujours aussi bien dessinée; et c'est alors qu'on peut souvent la confondre avec une autre affection de l'œil.

Le pronostic de l'iritis chronique est souvent fâcheux. Dans les cas heureux, il ne faudrait pas toujours s'attendre à voir les fonctions

visuelles revenir parfaitement à leur état normal. On ne pourrait espérer un succès complet que s'il ne s'était établi aucune adhérence.

L'iritis chronique réclame, à l'activité près, les mêmes moyens que l'iritis aiguë. Il est inutile de dire qu'on ne doit user des émissions sanguines qu'avec beaucoup de modération. C'est surtout aux purgatifs et aux révulsifs externes qu'il faut avoir recours. Le cautère est ici un moyen très avantageux. Ce n'est pas précisément à la nuque que M. Velpeau le fait appliquer, mais dans la fosse sous-occipitale qui, à cause du tissu cellulo-filamenteux qu'elle contient, est on ne peut mieux disposée pour alimenter l'exutoire. Les frictions mercurielles, la solution d'extrait de belladone, sont aussi très utiles. Je pourrais citer ici quelques cas dans lesquels la guérison est survenue par l'emploi de ces deux moyens réunis.

Par un usage sagement combiné de ces différents moyens, on triomphera quelquefois de la maladie qui nous occupe. Mais, qu'on ne s'y trompe point, l'iritis chronique est souvent rebelle à toute espèce de traitement.

Je passe pour le moment sous silence le traitement de certaines complications de l'iritis, telles que les adhérences, ses directions anormales, etc. Nous y reviendrons bientôt.

Blessures de l'iris.

Nous étudierons sous ce titre les piqûres, les coupures, les déchirures, les contusions et les corps étrangers de l'iris.

1° *Piqûres de l'iris.* — Ce genre de lésion est assez fréquent. Les différents procédés opératoires de la cataracte, soit par abaissement, soit par extraction, ceux qui se rapportent à la pupille artificielle, y exposent plus ou moins. Je dois même ajouter que ce n'est guère qu'à titre de complications de ces opérations diverses que les piqûres de l'iris ont fixé l'attention des praticiens.

Dès que l'iris est piqué, il se déforme, la pupille se resserre instantanément. Après l'accident on observe assez souvent un épanchement de sang, tantôt léger, tantôt assez considérable, soit dans les chambres oculaires, soit dans l'épaisseur même de la membrane blessée.

Il ne faudrait pas s'exagérer les dangers de ce genre de blessure de l'iris. Il arrive quelquefois que les piqûres de cette membrane ne produisent aucune espèce d'accident. Mais d'autrefois aussi elles font naître une inflammation plus ou moins violente, plus ou moins dangereuse.

2° *Coupures de l'iris.* — Les coupures de l'iris sont, ou *accidentelles*, ou *artificielles*. M. Velpeau a cité dans ses leçons plusieurs cas où la lésion était survenue accidentellement. En 1837 il a traité un jeune homme dont l'iris avait été blessé par un fragment de verre lancé par une détonation chimique. Mais comme alors c'est moins la coupure de l'iris qui fixe l'attention que celle du reste de l'œil, je n'entrerai pas dans plus de détails à ce sujet.

Les coupures *artificielles* de l'iris ont lieu de deux manières distinctes : 1° avec préméditation, comme dans l'opération de la pupille artificielle; 2° malgré l'opérateur, comme dans l'opération

de la cataracte. Quoi qu'il en soit, elles sont simples ou complexes, à l'état de fente, de lambeau, ou avec déperdition de substance. Disons quelques mots sur chacune de ces variétés.

Les *fentes* de l'iris, quelle que soit d'ailleurs leur direction, tendent à se fermer, et se ferment en effet très souvent d'elles-mêmes lorsque le bord libre de la pupille est resté intact. Si, au contraire, le bord pupillaire est divisé, la fente tend alors à s'agrandir, et finit par donner à l'iris la forme d'un bec-de-lièvre. Aussi, lui donne-t-on, dans ces cas, le nom de *coloboma iridis*.

Les coupures avec lambeau se ferment aussi à la longue et quelquefois même fort vite, pourvu toutefois que le bord pupillaire ait été respecté, peu importe d'ailleurs que la base du lambeau se trouve du côté de la prunelle ou du côté de la sclérotique. M. Velpeau a cité plusieurs exemples de ce genre dans ses leçons. Je me bornerai à mentionner le suivant : En 1829, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Velpeau voulant établir une pupille artificielle chez un malade âgé d'environ cinquante-cinq ans, tailla dans la moitié inférieure de l'iris un triangle allongé, qui resta fixé par sa base très près de la pupille. Le chirurgien s'attendait à voir ce lambeau se rétracter de plus en plus; bien loin de là, il se rapprocha graduellement de la grande circonférence de l'iris, et finit par se réunir aux parties dont il avait été détaché. Comment admettre, avec des faits semblables, que l'iris renferme des muscles circulaires et rayonnés, et même qu'il y ait sur cette membrane une texture musculaire quelconque?

On le voit, et une foule de faits le prouvent

d'une manière irrévocable, il n'y a que les coupures avec déperdition de substance qui tendent à rester béantes. Je dois même ajouter, pour être tout à fait exact, qu'il n'est pas très rare de voir quelques unes d'entre elles se fermer assez promptement. Plusieurs cas de ce genre se sont présentés à mon observation, dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité.

La thérapeutique des coupures de l'iris doit être soumise, d'après M. Velpeau, à deux règles générales différentes, selon qu'on craint ou qu'on désire en voir écarter les lèvres. « Dans le premier cas, dit M. Velpeau, c'est-à-dire quand on tient à ce qu'elles se ferment, je voudrais qu'on mît la pupille dans l'impossibilité de se dilater. Il existe pour atteindre ce but un moyen à peu près infaillible, c'est la cautérisation légère de la cornée avec le nitrate d'argent. Essayant ce genre de cautérisation contre l'amaurose, j'ai vu que là toute son efficacité se réduisait à dissiper la mydriase, à resserrer presque sur le champ la pupille. C'est du reste une pratique des plus faciles. Les paupières étant écartées, le chirurgien applique brusquement et en frottant un peu, le bec émoussé d'un crayon de nitrate d'argent sur la cornée, au voisinage de la sclérotique. Une ophthalmie plus ou moins vive survient, dure de trois à huit jours, et ne manque presque jamais d'amener une contraction très prononcée de la pupille. Je ne doute point qu'on ne favorisât ainsi l'oblitération et la cicatrisation des diverses sortes de solution de continuité de l'iris. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de rendre permanente une ouverture artificielle de l'iris, il faudrait au contraire éloigner soigneusement de l'œil tout ce qui peut l'irriter, et mettre en

usage les matières stupéfiantes, la belladone surtout, tâcher enfin de rendre l'iris immobile en le faisant rétracter. »

Ajoutons en finissant, qu'abstraction faite du sang qu'elles peuvent verser dans l'œil et de l'inflammation qu'elles peuvent développer, les coupures de l'iris, quelle que soit leur nature, offrent peu de danger.

3° *Déchirures de l'iris.* — Les causes de ce genre de blessures sont assez nombreuses. Elles ont le plus souvent lieu dans l'opération de la cataracte par extraction, lors de l'expulsion du cristallin. On les observe aussi quelquefois dans la même opération par abaissement. Elles peuvent être en outre le résultat de violences extérieures; M. Velpeau a cité quelques exemples de ce genre. Vers la fin de 1835 et dans le courant de 1836, j'en ai observé, à l'hôpital de la Charité, deux cas remarquables qui avaient été produits, chez le premier malade, par un coup de baguette de bois, chez le second, par un coup de fouet. Je dois ajouter que dans certains cas de pupilles artificielles, par le procédé de Scarpa, par exemple, ce genre de lésion est dans les vues du chirurgien.

Quoi qu'il en soit, les déchirures de l'iris sont sans contredit plus dangereures que les deux genres de lésions étudiés précédemment; leur cicatrisation est moins prompte, moins régulière et généralement suivie de certaines inégalités, de quelque germe d'irritation ou de maladie chronique de l'iris. Je dois ajouter néanmoins que la guérison radicale a assez souvent lieu.

4° *Contusions.* — Ce genre de lésions peut avoir lieu par cause directe ou par cause in-

directe. Dans le premier cas, elles peuvent se présenter comme complication dans toutes les opérations pour lesquelles on pénètre dans l'œil, ou à la suite des blessures qui divisent la sclérotique ou la cornée; mais comme lésion primitive, à titre de maladie isolée, les contusions de l'iris n'ont encore été étudiées par aucun auteur. Il est vrai de dire pourtant qu'elles existent; mais c'est alors par contre-coup, par cause indirecte. M. Velpeau en a observé plusieurs exemples, dépendant de coups ou de chutes sur le crâne, sur la face ou sur l'œil. En 1836, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Breschet (M. Vidal de Cassis par intérim), j'en ai rencontré un cas remarquable chez un homme qui avait fait une chute d'un deuxième étage et qui mourut trois jours après son entrée à l'hôpital.

Les dangers de ce genre de lésions consistent dans les matières étrangères, telles que du sang, de la lymphe, qu'elles peuvent laisser dans le tissu de la membrane affectée. Ces espèces de corps étrangers qui séjournent là, pendant un temps plus ou moins long, troublent toujours plus ou moins l'accomplissement des fonctions visuelles, et peuvent même, dans certains cas, être la source de diverses maladies. Mais, hâtons-nous de le dire, les contusions de l'iris n'offrent, dans la plupart des cas, que très peu de dangers par elles-mêmes; la résolution s'en opère plus ou moins rapidement, et tout finit par rentrer dans l'ordre.

5° *Corps étrangers de l'iris.* — Quelque rare que soit l'existence des corps étrangers dans l'iris, il est vrai de dire pourtant qu'on en a rencontré plusieurs exemples. M. Ammon a

observé dans l'iris un fragment de minerai qui s'y était introduit à travers la cornée. On trouve dans les bulletins de la société médico-pratique, l'observation d'un malade qui avait un grain de plomb ainsi engagé dans l'iris. En 1837, j'ai observé, avec M. Velpeau, un fait tout à fait semblable. Ce chirurgien a, en outre, trouvé des grains de poudre chez un ancien militaire, un fragment de capsule d'acier chez un enfant, une parcelle de ressort de montre chez un jeune mécanicien. Tous ces corps s'étaient introduits dans l'œil avec violence, et la plaie par laquelle ils avaient pénétré s'était fermée presque aussitôt.

Les phénomènes auxquels ce genre d'accident donne lieu sont faciles à deviner : les malades éprouvent de vives douleurs dans l'orbite, sur le front et à la tempe ; la photophobie et le larmoiement sont portés à un très haut degré ; en un mot, on observe alors tous les symptômes d'une iritis intense. Quelquefois l'état inflammatoire se calme peu à peu, à l'aide d'un traitement antiphlogistique très énergique, et l'organisme semble, pour ainsi dire, s'habituer à la présence de ces corps. C'est ce que M. Velpeau a observé chez le militaire qui avait dans l'iris des grains de poudre et dont j'ai parlé plus haut ; ces petits corps s'étaient, en quelque sorte, combinés avec la membrane ; mais ces cas sont assez rares ; le plus souvent, il faut débarrasser l'iris de ces corps pour prévenir ou pour arrêter l'inflammation, qui ne tarderait pas à compromettre les fonctions visuelles et même le globe de l'œil.

L'extraction des corps étrangers de l'iris est une opération délicate et quelquefois assez dou-

loureuse. On fait une incision large de deux lignes environ à la cornée, comme pour l'opération de la cataracte ; on saisit ensuite avec des pinces oculaires le corps étranger, et on l'entraîne au dehors avec la plus grande précaution. Soit avant, soit après l'opération, les antiphlogistiques constituent la base du traitement.

Déplacement de l'iris.

L'iris, par sa position et par la nature de son tissu, est sujet à une foule de déplacements, dont quelques uns constituent un état pathologique, que les praticiens doivent connaître. Nous étudierons sous ce titre, le *tremblement*, les *synéchies*, le *prolapsus* et la *procidence* de cette membrane.

1° *Tremblement.*— Il est peu de praticiens qui n'aient observé sur l'iris une sorte de *tremulus*, de *tremblement*. Dans l'espace de quatre ans, j'en ai observé plus de vingt exemples dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. A chaque mouvement que le malade imprime à son œil, on voit les humeurs se mouvoir, et l'iris suivre, pour ainsi dire, les ondulations du liquide. Frappés de ce phénomène, les auteurs se sont appliqués à en chercher l'explication, et on l'a attribué à la paralysie de l'iris ou de la rétine; de telle sorte que ce ne serait, d'après eux, qu'un symptôme ou un accompagnement de l'amaurose.

D'après les faits qu'il a observés et d'après un examen attentif de ceux qui ont été publiés par d'autres praticiens, M. Velpeau en a conclu : 1° que le tremblement de l'iris s'observe le plus fréquemment chez les enfants, ou à la suite de

l'opération de la cataracte par abaissement; 2° que fréquemment dû à une sorte de paralysie de l'intérieur de l'œil, il peut cependant exister sans que l'iris ait perdu sa contractilité, et chez des individus qui conservaient la faculté de voir; 3° que ce n'est point, en conséquence, un signe incontestable d'amaurose. Ce chirurgien pense que le tremblement de l'iris dépend d'une lésion du corps vitré.

Sans entrer dans plus de détails sous ce point de vue, hâtons-nous de dire qu'un pareil état constitue une maladie, ou du moins le symptôme d'une maladie sérieuse, eu égard aux fonctions de l'organe; dans le plus grand nombre de cas, il indique que les fonctions visuelles s'aboliront, si toutefois ce malheur n'est pas déjà survenu. De plus, c'est un état d'autant plus fâcheux, que jusqu'à présent rien ne prouve qu'on puisse en triompher. Tout indique pourtant qu'on doit mettre ici en usage les moyens thérapeutiques proposés contre l'amaurose par lésion de l'intérieur de l'œil. Disons-le en finissant, c'est là un état pathologique de l'œil qui mérite de nouvelles recherches et qui est digne de toute l'attention des observateurs.

2° *Synéchies.*— Les pathologistes désignent ainsi le déplacement total ou partiel de l'iris, soit en avant, soit en arrière. De là deux variétés principales, sur lesquelles nous allons dire quelques mots; mais auparavant, établissons que la synéchie, soit antérieure, soit postérieure, lorsqu'elle existe sans adhérence aucune, constitue un état purement mécanique, comme nous allons le voir, et qu'elle ne doit être étudiée, pour ainsi dire, qu'à titre de symptôme.

Dans la synéchie antérieure, l'iris et la pupille

s'avancent plus ou moins en avant vers la cornée, et finissent même quelquefois par faire disparaître la chambre antérieure. J'ai observé un cas de ce genre dans le service de M. Velpeau, en 1837. Cette première variété constitue même chez un assez grand nombre d'individus un état naturel. On l'observe surtout chez les sujets atteints de cataracte liquide. Les cataractes membraneuses en sont aussi un cause fréquente. Dans ces cas, le mécanisme par lequel le déplacement s'effectue est facile à deviner. On comprend en outre que la plupart des irritations de la chambre postérieure de l'œil peuvent le produire.

Lorsque la cataracte est compliquée de synéchie antérieure, il est facile de voir que le chirurgien doit préférer l'opération par abaissement à celle par extraction. Les raisons de ce choix sont trop évidentes pour que je m'y arrête.

La synéchie postérieure dépend, ou d'une différence dans la quantité des humeurs des deux chambres oculaires, ou d'adhérences de l'iris avec la capsule du cristallin, comme cela s'observe quelquefois à la suite de l'iritis. Ce dernier état sera étudié plus tard. On conçoit qu'à la suite d'une kératite profonde, ou d'une iritis antérieure, une hypersécrétion s'établisse dans la chambre antérieure, et que l'abondance du liquide refoule l'iris en arrière; on conçoit, en outre, que ce genre de déplacement puisse dépendre de l'absence du cristallin, comme on le voit quelquefois à la suite de l'opération de la cataracte par extraction.

Bornons-là ces réflexions; nous aurons à re-

venir sur ce sujet en traitant des adhérences de l'iris.

3° *Procidences.* — Le genre de déplacement que les pathologistes ont décrit sous les noms de *prolapsus*, *hernie*, *procidence* de l'iris, constitue un état pathologique digne de fixer toute l'attention des praticiens. Toutes les plaies pénétrantes de la cornée peuvent en être la cause. C'est ainsi qu'on observe la procidence de l'iris, à la suite de certaines ulcérations de la membrane transparente de l'œil, après les opérations de cataracte par extraction, ou de pupille artificielle. Quoi qu'il en soit, l'iris vient se présenter à l'ouverture artificielle de la cornée, et la maladie prend différents noms, suivant la forme ou le volume de la petite tumeur qu'elle présente. C'est ainsi qu'on l'appelle *miocéphalon*, quand la tumeur est petite, arrondie et noirâtre ; *clou* ou *hylon*, quand elle est plus grosse et de forme aplatie ; et *staphylome rameux* ou *raisinière*, lorsqu'elle est formée de plusieurs grains. Ce sont là les variétés principales, auxquelles on peut rapporter toutes celles qui ont été mentionnées par les observateurs.

Les symptômes qui caractérisent la procidence de l'iris sont, une tumeur de couleur brune ou noirâtre et de volume variable, entourée d'un anneau blanchâtre à la surface de la cornée ; un allongement et un rétrécissement manifeste de la pupille ; et une synéchie antérieure. On observe, en outre, une photophobie intense et un larmoiement considérable. Il existe d'ailleurs sous ces points de vues des différences que je ne puis point décrire ici, mais auxquelles le lecteur suppléera facilement d'après la nature du mal. La procidence de l'iris ne pourrait d'ailleurs

être confondue qu'avec une hernie, formée par la membrane de l'humeur aqueuse; et si on sait que cette dernière affection est toujours caractérisée par une couleur pâle et diaphane, toute méprise à ce sujet devient difficile.

Abandonnée à elle-même, la procidence de l'iris se comporte de différentes manières : tantôt, en effet, la tumeur se déprime, s'affaisse entre les lèvres de la cornée, se couvre d'une pellicule, et l'inflammation se dissipe peu à peu; tantôt il se fait là un travail particulier : la tumeur s'engorge, se vascularise et revêt l'aspect d'un champignon. J'en ai observé un exemple, en 1838, à l'hôpital de la Charité; la tumeur offrait le volume d'un petit pois, et ressemblait en petit à une partie de l'épiploon que l'on laisse quelquefois hors de la cavité abdominale après l'opération de la hernie; d'autres fois aussi la solution de continuité de la cornée s'agrandit, la tumeur se déchire; alors l'œil se vide, ou, ce qui est pire, il entre en fonte purulente. Je dois ajouter pourtant qu'il n'est pas très rare de voir la pupille se resserrer fortement, s'oblitérer même, et alors l'iris fermant la perforation de la cornée, n'empêche point, il est vrai, l'évacuation de l'humeur aqueuse, mais il s'oppose à ce que les autres humeurs de l'œil s'échappent au dehors.

M. Velpeau a exposé si clairement le traitement qu'il convient d'opposer à la maladie qui nous occupe, que je ne crois pas pouvoir mieux faire que de citer ici ses propres paroles :

« S'il s'agit d'un prolapsus par lésion traumatique, au moment de l'opération de la cataracte, par exemple, et que l'inflammation ne s'y soit

point encore ajoutée, on peut en essayer sur le champ la réduction à l'aide d'un stylet mousse. Une solution d'extrait de belladone est conseillée en pareil cas par M. Mackensie et par une foule d'autres praticiens. On aurait tort cependant d'accorder une grande valeur à un pareil moyen. Après les premières heures, la réduction mécanique des hernies de l'iris est à peu près impossible à cause du travail phlegmasique qui s'établit bientôt. Les préparations de belladone ne semblent pas non plus pouvoir être d'un grand secours, puisqu'elles ont pour but de rapprocher la pupille du cercle ciliaire, tandis qu'il faudrait éloigner la grande circonférence de l'iris des environs de la plaie : ce n'est en définitive que pour les procidences qui se font assez loin de la sclérotique qu'on pourrait employer fructueusement ce moyen : alors il aurait effectivement quelque chance de retirer l'iris en arrière, en dilatant forcément la pupille.

« Lorsque la procidence se fait à travers un ulcère de la cornée, le seul moyen préventif efficace à proposer serait la cautérisation de toute la surface ulcéreuse avec le nitrate d'argent. Aussitôt que la hernie est opérée, il faut songer à d'autres ressources. Dans les premières vingt-quatre heures de l'accident, le traitement antiphlogistique et narcotique est le seul convenable; c'est à la saignée générale ou locale, aux collyres opiacés ou purement émollients, qu'il faut s'adresser en pareil cas; plus tard, la médication sera différente, selon le degré de la procidence. En général, il est inutile d'exciser, de repousser la petite tumeur et même de la cautériser, si elle ne fait qu'un léger relief sur la cornée. Les antiphlogistiques, puis l'instillation dans l'œil

de collyres résolutifs, de la solution légère de nitrate d'argent entre autres, suffisent presque toujours pour calmer les accidents et réduire le prolapsus à une sorte de tache noire qui se perd bientôt dans la cicatrice de la cornée. Aussi voit-on plusieurs praticens, Demaurs en particulier, repousser comme inutiles ou dangereux toutes les espèces d'irritants locaux dans le traitement des hernies de l'iris.

« Toutefois, si la procidence de cette membrane fait une saillie de plus d'une ligne, ou offre une certaine étendue en surface, les moyens locaux sont généralement de rigueur. A part les collyres, ces moyens se réduisent au total à deux principaux, la cautérisation et l'excision.

« La cautérisation avec le nitrate d'argent fondu est à peu près la seule qu'on emploie maintenant. Un aide tient la paupière supérieure relevée, soit avec les doigts, soit avec un élévateur. Le chirurgien, abaissant la paupière inférieure d'une main, engage le malade à regarder un point fixe qui puisse mettre la hernie en évidence, pendant que, de l'autre, il touche légèrement toute la petite tumeur avec le crayon ordinaire de nitrate d'argent, en ayant soin de n'atteindre ni la cornée, ni aucun point de la conjonctive. De l'eau froide est aussitôt instillée dans l'œil pour éteindre les restes du caustique; la douleur, vive d'abord, se calme généralement vers la fin du jour. On recommence cette petite opération tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que la tumeur soit affaissée. Quand elle a été faite convenablement, il est rare qu'on soit obligé d'y revenir plus de deux ou trois fois. Le chirurgien doit d'ailleurs savoir que ce ne sont pas les procidences les plus étroites ou les plus

grèles qui disparaissent ainsi le plus promptement. J'ai cautérisé plusieurs malades qui avaient une procidence de la moitié ou des deux tiers de l'iris, et chez lesquels une seule cautérisation a suffi pour produire un affaissement complet de la tumeur dans l'espace de vingt-quatre heures. C'est le plus ou moins de mollesse ou d'épaisseur du tissu faisant hernie, qui est cause qu'on est obligé ou non de revenir plusieurs fois à la cautérisation. La grande difficulté, dans cette pratique, est de tenir les paupières convenablement écartées, et de forcer le malade à maintenir son œil immobile, puis de ne toucher absolument que la procidence et de la bien toucher partout. Lorsque le caustique ne se trouve en contact avec aucun autre tissu, il ne cause en effet presque aucune douleur, et le chirurgien peut agir sans trop de peine sur toute la surface noirâtre; tandis que si la conjonctive, soit palpébrale, soit oculaire, si la cornée, se trouvent atteintes, il en résulte une douleur excessive qui met le malade dans l'impossibilité de se prêter plus longtemps à l'opération. Le beurre d'antimoine, le sublimé et autres substances employées jadis dans les mêmes cas, offrent trop de dangers et sont trop avantageusement remplacés aujourd'hui par le nitrate d'argent pour qu'il soit nécessaire d'en parler en détail.

« L'excision des hernies de l'iris serait dangereuse toutes les fois que l'intérieur du prolapsus se continue encore avec la cavité de l'œil; comme elle est, au reste, complètement inutile quand on se sert du nitrate d'argent, et que le nitrate d'argent n'en doit pas moins venir à son secours quand on l'a mise en pratique, il n'y a aucune raison de l'essayer en pareil cas. Mais il

n'en est plus de même lorsque la hernie de l'iris, ayant pris l'aspect d'une tête de clou, s'est transformée à la longue en une espèce de champignon ou de petit polype, plus ou moins aplati. En semblable circonstance, la tumeur est comme étranglée par son pédicule ou sa racine dans l'ulcération de la cornée. Comme cette racine n'est plus creuse, comme elle est ordinairement confondue avec le contour de l'ulcération, il n'y a plus de dangers, d'une part, à enlever brusquement la tumeur, tandis que, d'autre part, on pourrait éprouver de la difficulté à détruire celle-ci au moyen du nitrate d'argent seul. Ces végétations, dites *charnues*, de l'iris sur la cornée ont été observées plusieurs fois; Maître-Jan en cite une qu'il parvint à détruire à l'aide d'un caustique fort actif. Un fait semblable a été relaté par M. Lawrence.

« J'ai vu, ajoute M. Velpeau, en 1836 à l'hôpital de la Charité, un homme qui portait ainsi à l'œil droit une tumeur rouge, assez dense, large de trois lignes, qui couvrait les deux tiers externes de la cornée. Quelques faits, mal détaillés il est vrai, permettraient même de penser que de pareilles végétations peuvent acquérir un volume considérable et se transformer en de véritables tumeurs cancéreuses. Quoi qu'il en soit, on se servira pour les détruire, ou de l'excision, ou du nitrate d'argent, selon qu'elles offriront ou non un étranglement, un pédicule dans la cornée. Avec la tête d'un stylet qui tend à soulever la circonférence de la hernie, on sait bientôt à quoi s'en tenir sous ce dernier point de vue. En cas que ce fût une tumeur aplatie et partout adhérente, on cautériserait comme précédemment, mais avec beaucoup plus de force

et plus fréquemment. Dans les tumeurs pédiculées, on glisse au-dessous les lames à pointes émoussées de petits ciseaux courbes sur le plat; on soutient en outre la partie supérieure de la végétation avec la tête d'un stylet pour l'empêcher de glisser au moment même de la section. L'opération étant faite, il est utile encore de cautériser sur le champ la petite plaie, puis de recourir avec une certaine énergie au traitement antiphlogistique. Il est bon de savoir, au reste, qu'après la destruction de ces tumeurs, la cornée a une grande tendance à se fondre, et que l'œil entre fréquemment en suppuration, soit qu'on ait préféré l'excision, soit qu'on ait employé la cautérisation. »

Adhérences de l'iris.

Les adhérences de l'iris sont, comme la synéchie de cette membrane, de deux ordres, les unes antérieures, les autres postérieures.

Les adhérences antérieures ont lieu dans les cas de procidence ou de hernie de l'iris, et sont en conséquence une suite presque nécessaire des ulcérations perforantes de la cornée et des blessures de cette membrane. Elles peuvent en outre avoir lieu à la suite d'une kératite profonde compliquée d'inflammation de l'iris. M. Velpeau en a cité plusieurs exemples. Il est inutile d'ajouter qu'elles peuvent s'établir sur tous les points de la face profonde de la cornée. Je dois dire toutefois que, le plus ordinairement, on les observe près de la circonférence de cette membrane.

Le diagnostic de ce genre de lésion est ordinairement facile; il suffit pour cela de regarder

l'œil par le côté. Mais, hâtons-nous de le dire, assez souvent l'humeur aqueuse a perdu de sa transparence, des taches plus ou moins opaques existent sur la cornée, et alors il est assez difficile de reconnaître la maladie.

Les adhérences postérieures de l'iris ont lieu, tantôt sur la capsule du cristallin, tantôt sur le contour antérieur du corps vitré. J'ai déjà dit, en traitant de l'iritis et de la synéchie postérieure, quelles sont les causes de cette affection. Quant au diagnostic, il est quelquefois assez difficile; mais il est un moyen qui reste rarement sans effet, je veux parler des préparations de belladone. En effet, à l'aide de l'extrait de cette substance, qui, comme on le sait, a la propriété de dilater la pupille, il est facile de se convaincre si quelques points de l'iris restent fixés en arrière. On voit alors l'ouverture naturelle de cette membrane prendre une forme anormale quelconque, et dès cet instant il ne peut plus rester de doute.

Je dois ajouter que les adhérences postérieures de l'iris sont assez souvent compliquées de cataracte, ou d'amaurose, ou d'une autre lésion plus ou moins grave de l'œil.

Quoi qu'il en soit, que l'adhérence soit antérieure ou postérieure, qu'il existe ou non quelque complication, il n'en est pas moins vrai qu'à elle seule elle constitue un obstacle toujours plus ou moins grand à l'accomplissement des fonctions visuelles, par la forme irrégulière et par la direction vicieuse que prend la pupille. Aussi on ne doit pas être surpris que beaucoup de chirurgiens se soient occupés avec le plus grand soin d'en débarrasser les malades.

Le traitement des adhérences de l'iris comprend deux ordres de moyens, les uns chirurgicaux, les autres pharmaceutiques.

Il était tout naturel que l'idée de détruire ces adhérences à l'aide d'une aiguille introduite dans l'œil à travers la sclérotique pour les adhérences postérieures, et à travers la cornée pour les adhérences antérieures, se présentât de prime-abord aux chirurgiens. Aussi voyons-nous quelques auteurs préconiser cette opération, qui n'est pas d'ailleurs d'une exécution très difficile. Mais, comme l'a fait observer M. Velpeau, et comme il est d'ailleurs facile de le comprendre, la destruction de ces adhérences à l'aide des instruments n'est pas exempte d'inconvénients; il en est trois surtout qui, de l'avis de M. Velpeau, doivent faire rejeter cette opération du domaine de la pratique : c'est ainsi qu'elle expose à déchirer, à décoler l'iris dans ses parties saines, pendant qu'on en déprime les adhérences anormales; à voir l'affection se reproduire dès le lendemain de l'opération, et à faire naître dans l'œil des inflammations plus ou moins dangereuses et dont on ne se rend maître qu'avec beaucoup de peine. C'est donc là en définitive une ressource à laquelle la prudence ne permet pas d'avoir recours.

Les moyens que la pharmacie met à la disposition des chirurgiens en pareil cas sont sans contredit infiniment moins dangereux; je veux parler de la belladone et de la jusquiame. Depuis quatre ans consécutifs que je suis avec le plus grand soin le service de M. Velpeau, j'ai été plusieurs fois à même de me convaincre des heureux résultats produits par la belladone. Voici la manière dont M. Velpeau se sert de ce

remède. Il fait délayer quelques grains d'extrait bien préparé de belladone dans une cuillerée à café d'eau, puis il instille cette solution entre les paupières, le matin et le soir. Deux ou trois jours après, c'est-à-dire lorsque la pupille est revenue à son état primitif, il recommence de la même façon, et ainsi de suite jusqu'à ce que les adhérences de l'iris aient été détruites par les tiraillements modérés et répétés que produit le médicament sur cette membrane. C'est là, il est vrai, un procédé qui exige du temps; mais aussi il est exempt de dangers, et on conçoit qu'il doit produire de bons résultats, pourvu toutefois que les adhérences ne soient pas trop puissantes. Dans ces derniers cas, il n'y a pas d'autre ressource que l'instrument tranchant; et j'ai déjà fait comprendre quelle confiance on doit avoir dans l'opération.

Absence de l'iris.

L'absence complète de l'iris a été pendant longtemps révoquée en doute, et de nos jours même tous les observateurs sont loin d'être d'accord sur ce point; mais depuis quelques années on a rapporté l'histoire de plusieurs faits de ce genre: chez quelques uns d'entre eux l'épreuve du scalpel est venue enlever toute espèce de doute, de telle sorte que maintenant rien ne peut plus autoriser la moindre incertitude à cet égard.

Une des premières observations d'absence de l'iris qui aient été connues en France, est celle dont parle M. Roux, d'après M. Pœnitz. La difformité avait lieu des deux côtés; la jeune fille qui en était affectée était aussi atteinte de cataracte d'un côté, et l'opération que pratiqua

M. Pœnitz, pour cette dernière affection, fut suivie de succès. La vision, chez cette malade, n'offrait d'ailleurs rien de particulier, si ce n'est une sensibilité très grande à la lumière. Une autre jeune fille a été observée par Beer, et cet oculiste a fait la même remarque. M. Hentzchel rapporte que trois sœurs offraient aussi la même infirmité. MM. Carron du Villards et Giraldès en ont rencontré d'autres exemples. M. Velpeau, de son côté, a fait plusieurs fois la même observation. En 1835 et 1836, j'ai vu avec ce chirurgien deux hommes qui offraient aussi la même anomalie : chez le premier, on apercevait une sorte d'anneau, de liséré frangé, à la place de la grande circonférence de l'iris; il semblait exister, en outre, une sorte de *coloboma*, en bas sur l'un des malades, et en dedans sur l'autre : chez le premier, la difformité existait sur les deux yeux; chez le second, l'œil gauche seul était atteint. Chez tous les deux, l'affection était congénitale.

A priori, un pareil état semblerait devoir être incompatible avec la vision; mais l'examen des faits qui ont été publiés démontre le contraire. Tous les sujets atteints de cette difformité et qui ont été observés jusqu'ici, avaient la vue très nette, et n'en éprouvaient pour tout inconvénient qu'une sensibilité trop vive à la lumière. Ce caractère suffit à lui seul pour empêcher de confondre l'absence de l'iris avec la mydriase. Il est inutile d'ajouter que l'absence de l'iris est une infirmité incurable. On doit se borner à conseiller aux malades l'usage de lunettes à verres convexes.

Perforation multiple de l'iris.

Les perforations multiples de l'iris existent assez souvent à titre de difformité congéniale. Les annales de la science renferment plusieurs faits de ce genre; et, chose digne de remarque, ces ouvertures multiples ne modifient en rien la vision. M. Carron du Villards a observé un jeune homme qui portait ainsi trois pupilles distinctes et chez lequel les fonctions visuelles s'accomplissaient dans toute leur intégrité.

Les perforations multiples de l'iris ne sont pas toujours congéniales; elles peuvent aussi être le résultat de blessures et surtout de l'opération de la cataracte. Dans ces cas, la vision est ordinairement moins nette que précédemment. Je dois ajouter néanmoins que ces troubles dans l'accomplissement des fonctions visuelles ne dépendent point alors de l'existence de ces ouvertures accidentelles, mais bien de certaines complications morbides qu'il serait inutile de détailler ici, et que l'on devine d'ailleurs facilement. C'est ce que prouvent du reste plusieurs faits bien observés. Ainsi, M. Carron du Villards a vu plusieurs sujets ayant une ou deux pupilles supplémentaires qui voyaient très bien. En 1836, il s'est présenté à l'hôpital de la Charité un jeune homme qui avait ainsi trois pupilles et qui n'en voyait pas moins très clair. Je n'entrerai pas dans plus de détails à ce sujet; qu'il me suffise de dire que le traitement de ce genre de lésion, devrait être le même que celui des plaies de l'iris avec déperdition de substance, si on désirait faire cesser la difformité.

Atrésie de la pupille.

On désigne ainsi l'oblitération de la pupille. Cette oblitération peut être complète ou incomplète; elle est presque toujours liée à d'autres altérations de l'œil qui en rendent le pronostic grave. Sans entrer en discussion sur ses causes et sa symptomatologie, qu'il me suffise de dire qu'elle est toujours le résultat d'un travail inflammatoire. Ce que j'ai déjà dit dans le courant de ce chapitre en rend d'ailleurs facilement compte.

Il résulte de ces quelques mots que, eu égard aux complications qui accompagnent ordinairement l'atrésie de la pupille, le traitement de cette affection n'a qu'une faible valeur; car à quoi servirait de rendre à la pupille son ampleur et sa forme, si la vision n'en restait pas moins abolie? Cependant, comme il peut arriver que l'oblitération de la pupille soit seule cause de la perte de la vision, on s'est appliqué à chercher un moyen capable de détruire les liens qui produisent la maladie. Comme dans les autres espèces d'adhérences de l'iris que nous avons étudiées plus haut, la belladone est encore ici le moyen par excellence; malheureusement aussi, elle est encore impuissante contre les adhérences un peu fortes. Si ce médicament, employé en solution, ne suffit pas, on peut l'essayer à l'intérieur jusqu'au narcotisme. M. Carron du Villards a obtenu ainsi un succès remarquable.

Si les moyens pharmaceutiques sont impuissants et que les malades réclament les secours de la chirurgie, c'est alors à l'opération de la pupille artificielle qu'il faut avoir recours.

Pupille artificielle.

Toutes les affections qui peuvent réclamer l'établissement d'une pupille artificielle, ont été rapportées par M. Velpeau à deux états bien distincts : l'opacité partielle de la cornée et le resserrement extrême ou l'oblitération de la pupille. Je suis déjà entré dans assez de détails sur ces deux genres d'affection, pour que je me dispense d'y revenir ici.

Je dois dire avant tout, que l'opération, dont nous allons nous occuper, n'est utile et réellement avantageuse que lorsque la perte de la vision ne dépend que d'une des deux classes d'affections que je viens de mentionner; car il est évident que s'il existait conjointement dans l'intérieur de l'œil une ou plusieurs autres maladies qui apportassent obstacle à l'accomplissement des fonctions visuelles, on devrait bien se garder d'avoir recours à l'opération, qui après tout n'est pas exempte de dangers. Il faudrait alors combattre ces complications par les moyens appropriés, et ne se décider à opérer que quand elles auraient complètement disparu. Outre ce précepte, qui est de toute rigueur, presque tous les praticiens défendent avec raison de songer à la pupille artificielle, tant qu'il n'y a qu'un œil de pris, tant que le malade y voit assez pour se conduire sans guide. M. Velpeau partage entièrement cette opinion; car, comme il le dit lui-même, l'opération étant parfois suivie d'accidents capables à eux seuls d'altérer profondément la vision, il ne paraît pas prudent, en effet, d'exposer le sujet à perdre le peu qui lui

reste, quand on n'a d'ailleurs, pour améliorer son sort, que des chances assez précaires.

Ces quelques réflexions, basées d'ailleurs sur ce qui a été dit précédemment, suffiront, je pense, pour indiquer la conduite que doit suivre le chirurgien en pareil cas. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet en appréciant les diverses méthodes opératoires, dont je vais exposer les détails.

Tous les procédés imaginés par les auteurs, pour établir une pupille artificielle, peuvent être rapportés à trois méthodes. Dans l'une, on se borne à inciser l'iris; elle a reçu les noms d'*iridiotomie* ou de *corétomie*. Dans l'autre, on excise un lambeau de cette membrane; elle est appelée *iridectomie* ou *corectomie*. Dans la troisième, enfin, on se contente de détacher la circonférence de l'iris vers l'un de ses points; elle est désignée sous les noms d'*iridodialysie* ou *corédialyse*. Ces trois méthodes ont été aussi désignées de la manière suivante : la première méthode par *incision*, la seconde méthode par *excision*, et la troisième méthode par *décollement*. Sans nous arrêter à discuter la plus ou moins grande valeur de chacune de ces dénominations, discussion qui n'offrirait d'ailleurs aucune espèce d'intérêt dans ce livre, exposons très succinctement les divers procédés qui se rapportent à chacune de ces trois méthodes. Mais disons avant tout que c'est Chéselden qui, le premier, pratiqua l'opération de la pupille artificielle. Le sujet sur lequel il opéra était un aveugle-né, dont la pupille était complètement oblitérée.

1. Corétomie ou méthode par incision.

Cheselden est le premier qui ait fixé l'attention des praticiens sur cette méthode opératoire. Après lui, plusieurs autres chirurgiens l'ont aussi mise en pratique, quelques uns même y ont apporté quelques modifications. Dans tous les cas, le malade, l'opérateur et les aides doivent être disposés comme pour l'opération de la cataracte.

Procédé de Cheselden.— Un petit couteau falciforme et tranchant d'un seul côté, est introduit dans l'œil à travers la sclérotique, comme pour l'opération de la cataracte par abaissement. Dès que l'instrument est arrivé vers le centre de l'iris, l'opérateur passe la pointe de l'instrument dans la chambre intérieure, et par quelques mouvements de *va et vient*, il fait sur l'iris une incision transversale, longue de deux à trois lignes, incision qui donne à la pupille une forme elliptique, semblable à celle de quelques quadrupèdes. La première fois que Cheselden a mis en pratique ce procédé, le succès a été complet.

Sharp, Mauchart, Henkel, Heuermann, Odhélius, ont adopté l'idée de Cheselden, en y apportant toutefois quelques légères modifications que je me bornerai à mentionner ici ; car il est évident que je ne puis pas exposer dans ce livre tous les procédés dans tous leurs détails. C'est ainsi que ces auteurs préfèrent de porter l'instrument à travers la cornée; il paraîtrait même que c'est Mauchart qui, le premier, a émis cette idée; ils conseillent, en outre, de ne pas donner trop d'étendue à l'incision.

Procédé de Janin.— Voyant que l'incision transversale se refermait bientôt et presque nécessairement, suivant lui, réfléchissant en outre que, dans l'opération de la cataracte par extraction, certaines incisions que l'on fait involontairement sur l'iris persistent, Janin en conclut qu'il valait mieux donner à la plaie une direction verticale. Mais on ne tarda pas à se convaincre, dit M. Velpeau, que la pupille ainsi produite ne persiste pas plus, se referme et disparaît tout aussi bien que par l'incision transversale. Aussi, ce procédé fut bientôt abandonné.

Procédé de Guérin.— Guérin a proposé de combiner les procédés de Cheselden et de Janin ; c'est ainsi qu'il conseille de pratiquer une incision cruciale sur l'iris, au lieu d'une fente transversale ou verticale. Quelque ingénieux que paraisse ce procédé, il s'en faut qu'il procure de grands avantages; car il n'est point rare de voir ces quatre lambeaux se réunir comme que dans les cas précédents.

Procédé de Pellier.— Lorsque l'opération est pratiquée pour un leucoma, ce chirurgien conseille d'agrandir la pupille naturelle, au lieu d'en pratiquer une autre ; faisant alors sur la cornée une incision comme pour l'opération de la cataracte par extraction, il porte une petite sonde cannelée dans la chambre postérieure de l'œil, et à l'aide de petits ciseaux conduits sur la cannelure de la sonde, il divise l'iris d'abord en dehors, puis en dedans et en haut, depuis la prunelle jusqu'au ligament ciliaire.

Procédé de Maunoir.— Ce procédé consiste à pratiquer, à l'aide du cératotome ou d'une lancette, une ouverture large de deux ou trois

lignes à la partie inférieure externe de la cornée. Introduisant par là de petits ciseaux coudés à angle et dont l'une des lames est terminée par un petit bouton, le chirurgien les ouvre dans la chambre antérieure, et pratique ainsi sur l'iris deux incisions en forme de V, dont la base correspond à la grande circonférence de cette membrane, et le sommet au centre. S'il existe une pupille, le chirurgien fait pénétrer à travers cette ouverture la lame boutonnée des ciseaux. Ce procédé, dont Scarpa fait un si grand éloge, et que M. Maunoir a encore pratiqué avec succès en 1837, a trouvé peu de partisans en France et en Angleterre.

Procédé de M. Adams. —Voici un procédé qui prouve, entre mille autres faits, jusqu'où peut aller l'esprit investigateur. Il ne s'agit de rien moins que de morceler le cristallin quand il est opaque, et d'en interposer quelques fragments entre les lèvres de la plaie transversale que l'on a préalablement faite à l'iris. Du reste, quant à l'opération en elle-même, c'est le même procédé que celui de Cheselden, avec la seule différence qu'au lieu d'un couteau droit comme celui de Sharp, M. W. Adams emploie un petit scalpel convexe sur le tranchant. Je laisse au lecteur le soin d'apprécier une pareille opération.

MM. Langenbeck, Weller, Faure, Wardrop, ont encore apporté à la *corétomie* plusieurs modifications plus ou moins avantageuses dont je ne puis pas rendre compte ici.

Procédé de M. Velpeau. — Je ne crois pas pouvoir mieux faire que de laisser parler M. Velpeau lui-même : « Je me sers d'un couteau un peu plus long et moins large que celui de Wen-

zel, tranchant sur ses deux bords dans l'étendue de quatre lignes à partir de sa pointe, et mousse ou arrondi ensuite sur le dos jusqu'au manche, d'un instrument enfin dont la lancette dite *à langue de serpent* peut assez bien donner l'idée. Tenu comme une plume, on l'enfonce à travers la cornée, du côté temporal, un peu obliquement d'avant en arrière. Lorsqu'il est arrivé dans la chambre antérieure, on en dirige la pointe avec précaution en divisant l'iris jusque dans la chambre postérieure, pour le ramener dans la chambre antérieure, à travers la même membrane, après un trajet de deux ou trois lignes. En continuant de le pousser au point de percer une seconde fois la cornée, il est facile de diviser l'espèce de pont qui en couvre la face antérieure, et de ne détacher complètement l'une des extrémités de ce lambeau de l'iris qu'après avoir transformé l'autre en un pédicule aussi étroit qu'on le désire. On obtient ainsi une division qui équivaut à une perte de substance. Le morceau de membrane qu'on a taillé ne peut pas tarder à se rouler sur lui-même, et doit finir par se perdre dans l'humeur aqueuse. Il est même possible, le plus souvent, de l'exciser en entier, lorsque la manœuvre que je viens d'indiquer est convenablement exécutée. En effet, si l'instrument agit d'une manière bien égale sur les deux points adhérents de la bandelette à diviser, jusqu'au moment où la section de l'un se termine, il doit suffire pour détacher l'autre et transformer la *corétomie* en *corectomie*, de faire avancer encore un peu le cératotome et d'en incliner avec mesure le tranchant vers la cornée. Mon *kératonyxe* atteint encore mieux le but. »

2. Corectomie, ou méthode par excision.

Procédé de Wenzel. — Quoique Guérin ait excisé quelquefois la pointe des lambeaux de son incision cruciale, il n'en est pas moins vrai que Wenzel est le premier qui ait fait de l'excision une méthode à part; aussi, ce dernier chirurgien est-il généralement considéré comme l'inventeur de la *corectomie*. Le premier temps de l'opération est le même que celui de l'opération de la cataracte par extraction. A l'aide du cératotome, on fait sur la cornée et sur l'iris un lambeau à peu près semblable; on introduit ensuite de petits ciseaux dans la chambre antérieure, et on excise le lambeau de l'iris près de sa base; si on le croit nécessaire, on en saisit la pointe avec des pinces oculaires. Il résulte de cette opération une ouverture avec perte de substance, qui, comme j'ai eu occasion de le dire en traitant des blessures de l'iris, offre toutes les chances possibles de succès.

Chez un malade qui portait un leucoma sur la cornée, Demours crut devoir apporter une légère modification au procédé de Wenzel. Après avoir fait une incision qui comprit en même temps la cornée et l'iris, cet habile opérateur, à l'aide de deux coups de ciseaux, circonscrivit et enleva un lambeau de l'iris large comme une graine d'oseille.

Procéde de M. Gibson. — On commence par ouvrir la cornée, comme pour l'opération de la cataracte par extraction, en laissant toutefois l'iris intact. Ensuite, à l'aide d'une pression convenablement exercée sur le globe de l'œil, on chasse l'iris en avant, de telle sorte que cette

membrane finit par venir faire saillie entre les lèvres de la plaie de la cornée. Dès qu'on a atteint ce but, on excise avec des ciseaux bien évidés, courbes sur le plat, un disque de grandeur convenable.

Forlenze se comporte comme le chirurgien de Manchester dans le premier temps de l'opération; mais, au lieu de pousser l'iris en avant à l'aide de pressions, il va chercher cette membrane avec une pince ou un crochet, et en excise un lambeau.

D'après Beer, il suffit de pratiquer à la chambre antérieure une ouverture d'une à deux lignes, pour voir l'iris s'engager de lui-même dans cette petite plaie. On peut alors en exciser la portion convenable. Si l'iris ne vient pas faire saillie entre les lèvres de la solution de continuité, Beer l'attire au dehors à l'aide d'une érigne, et pratique l'excision comme je viens de le dire.

MM. Walther et Lallemand opèrent à peu près de la même manière.

On a inventé une foule de petits instruments pour saisir l'iris; je croirais aller au delà des limites que je me suis tracées, si j'en présentais ici la description.

Procédé de Physick. — La cornée et l'iris étant divisés à l'aide du cératotome, d'après les préceptes de Wenzel, Physick faisait ensuite usage de pinces terminées par de petites plaques, à peu près semblables à celles de nos pinces de cheminée. A la circonférence de ces plaques, existe un bord tranchant qui constitue une paire de ciseaux d'un genre particulier. A l'aide de cet instrument, introduit dans la chambre antérieure, le chirurgien américain

saisissait le lambeau de l'iris préalablement taillé et en faisait l'excision.

Je ne ferai que mentionner la méthode de d'Antenrieth, qui consiste à faire une pupille dans la sclérotique. Le mieux qu'on puisse faire en faveur d'une pareille idée, dit avec raison M. Velpeau, c'est de n'en pas parler.

3. Corédialyse ou méthode par décollement.

Quoique plusieurs auteurs, tels que Sharp, Wenzel, Buzzi de Milan, et A. Schmidt, aient dit quelques mots sur la corédialyse, et qu'ils aient même pratiqué cette opération sur le vivant, il est vrai de dire pourtant que Scarpa doit être considéré comme le premier chirurgien qui a érigé le décollement en méthode.

Procédé de Scarpa. — Une aiguille courbe est introduite dans la chambre postérieure de l'œil comme pour l'opération de la cataracte par abaissement; tournant ensuite la concavité de cet instrument en avant, l'opérateur le porte derrière la partie supérieure et interne de l'uvée, et traverse ainsi l'iris d'arrière en avant. Cela fait, par des mouvements de bascule il détache la grande circonférence de la membrane dans une étendue convenable, et il obtient ainsi une pupille artificielle.

D'autres chirurgiens, Beer entre autres, ont cru modifier avantageusement ce procédé, en portant l'aiguille à travers la cornée au lieu de pénétrer par la sclérotique. D'après eux, on peut alors établir l'ouverture en dehors aussi bien qu'en dedans, on voit mieux ce que l'on fait, et la piqûre de l'œil est moins dangereuse.

Procédé d'Assalini. — Des pinces fines et recourbées sont introduites dans la chambre antérieure de l'œil à travers une incision préalablement faite à l'angle externe de la cornée. A l'aide de ces pinces, l'opérateur saisit l'iris à peu de distance de son bord ciliaire et le décolle comme dans le procédé de Scarpa.

Procédé de M. Langenbeck. — Pour obvier à ce que le bord décollé de l'iris prenne peu à peu sa position naturelle, et que par là l'ouverture artificielle se referme, M. Langenbeck a imaginé le procédé suivant : la cornée étant incisée dans une très petite étendue, l'opérateur, à l'aide d'un petit crochet protégé par une gaîne, saisit l'iris, l'attire en avant avec précaution, l'engage entre les lèvres de la plaie de la cornée et l'y arrête comme pour produire un *myocéphalon*. Il est inutile de dire que la nouvelle pupille a été préalablement formée. On conçoit alors que les adhérences que contracte l'iris sur la cornée s'opposent au rétrécissement et à l'oblitération de l'ouverture artificielle.

Reisenger professe la même opinion, mais au lieu du crochet à gaîne, il se sert d'une simple pince oculaire à pointe recourbée en érigne vers l'un des côtés. A l'aide de cette pince, introduite dans la chambre antérieure, on saisit l'iris, on le décolle dans une étendue convenable, et on l'entraîne au dehors de manière à produire une hernie artificielle à travers la cornée.

Procède de M. Lusardi. — Pour réduire l'opération à sa plus grande simplicité, M. Lusardi se sert d'un crochet-aiguille qui suffit seul pour toute l'opération. Je dois ajouter que cet

instrument a été décrit, il y a une vingtaine d'années, en Italie, par Donegana et Baratta. Fermé, ce crochet-aiguille a la forme d'une très petite serpette. Il est composé de deux tiges disposées de telle sorte qu'en tirant un peu sur la plus courte il en résulte une échancrure qui transforme l'instrument en une véritable pince. Après avoir introduit dans l'œil, soit à travers la cornée, soit même à travers la sclérotique, le crochet-aiguille fermé, l'opérateur lui fait traverser l'iris jusqu'au cercle ciliaire; après quoi appuyant le dos de l'instrument contre la grande circonférence de l'iris, il décolle une portion convenable de cette membrane. Tirant alors sur la petite tige, il ouvre la petite pince, la lâche promptement, et l'iris se trouvant ainsi pincé est entraîné en avant; il ne reste plus alors qu'à prendre les précautions nécessaires pour donner à la nouvelle pupille les dimensions convenables.

Procédé de Donegana. — Convaincu par une foule de faits que, pratiquée d'après le procédé de Scarpa, la corédialyse ne produisait que très rarement les heureux résultats qu'on en attendait, que presque toujours la nouvelle pupille finissait par se refermer, Donegana proposa de réunir la corétomie à la corédialyse. Pour cela on peut pénétrer dans l'œil, soit par la chambre antérieure, soit par la chambre postérieure, on peut aussi faire usage de l'aiguille ordinaire, ou d'un instrument à lame un peu plus mince, presque droite et bien tranchante. Arrivé sur l'iris, on en détache une portion convenable de sa grande circonférence, puis on incise l'iris parallélement à ses fibres rayonnées. Ce procédé est à la fois ingénieux et

utile. Malheureusement il me semble qu'il ne doit pas toujours être bien facile d'inciser la portion décollée de l'iris.

Tels sont les procédés dont j'ai cru devoir rendre compte dans ce livre; certes, ma nomenclature est loin d'être complète, comme on peut facilement s'en convaincre en parcourant tout ce qui a été écrit à ce sujet; mais je pense avoir exposé les principaux, ceux qui sont le plus répandus dans la pratique.

Il nous reste maintenant à présenter la valeur relative de chacun de ces moyens; c'est là, après tout, le principal point de vue pratique; et pour cela, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de laisser parler M. Velpeau.

« Considérée d'une manière absolue, nul doute que la corétomie ne l'emporte sur les deux autres méthodes. Toutefois, comme pour la pratiquer il faut que l'instrument traverse la chambre antérieure, il est à peu près impossible d'y avoir recours lorsque l'iris adhère à la cornée, ou que cette dernière membrane est opaque dans une grande partie de son étendue.

« La corétomie présente à peu près les mêmes inconvénients sans avoir les mêmes avantages, puisque, ainsi que l'expérience l'a démontré, l'ouverture qu'elle donne persiste rarement au delà de quelques semaines. C'est donc à la corédialyse qu'il convient alors d'accorder la préférence. Il en serait de même dans les cas de cataracte membraneuse adhérente, dans le cas d'une opacité quelconque, placée en avant ou en arrière de l'iris, et qu'on ne pourrait détruire, attendu qu'ici on est forcé de reporter la prunelle

vers la circonférence du diaphragme oculaire.

« La corétomie et la corédialyse seules permettent d'opérer par sclératiconyxis. Néanmoins, comme elles peuvent être aussi pratiquées par kératonyxis, on ne doit, règle générale, préférer la première que dans les cas de synéchie antérieure très prononcée, par la raison qu'elle rend la lésion du cristallin presque inévitable. Si on voulait s'en tenir à la corétomie et ne pas essayer le procédé que j'ai imaginé, celui de M. Maunoir, ou mieux encore celui de Wenzel, me paraît mériter la préférence. Pour la corétomie, on peut prendre en quelque sorte indifféremment celui de Demours, de Forlenze, de Gibson, de Beer et de M. Walther, quoique le meilleur de tous, à mon avis, fût celui de Physick tel que je l'ai modifié, ou l'*iridectum* de M. Onsenort, s'il était possible de se procurer un emporte-pièce assez mince, et parfaitement confectionné; ce que je n'ai point encore obtenu jusqu'ici.

« Lorsqu'on se décide en faveur de la corédialyse, le simple crochet de Bonzel vaut tout autant que les instruments plus compliqués de Langenbeck, de Beer, de Reisinger, etc.; mais je doute qu'il soit aussi facile que semblent l'admettre ces auteurs de fixer dans l'ouverture de la cornée la portion d'iris qu'on y a plus ou moins péniblement entraînée. Si l'accident auquel on espère remédier en établissant une pupille artificielle s'est manifesté à la suite d'une opération de cataracte, il y a beaucoup moins d'inconvénient que dans les autres cas à porter l'instrument par la chambre postérieure. Alors aussi le fond de l'œil est trop altéré pour permettre un grand espoir de succès. On ne voit

pas non plus qu'il soit nécessaire d'ouvrir la chambre antérieure aussi largement que l'ont conseillé Wenzel, Forlenze et Gibson. Si le cristallin ou sa capsule a conservé ses rapports naturels, il en est autrement. Pour peu qu'on soupçonne d'opacité dans ces parties, il faut les extraire ou les abaisser. Peut-être même devrait-on se faire une loi de leur extraction ou de leur déplacement, qu'il y eût ou non un commencement d'opacité. On éviterait ainsi le désagrément de voir l'apparition d'une cataracte consécutive détruire les chances de succès de la première opération, comme la chose m'est arrivée chez un homme âgé de trente ans. Dans ce sens, l'ouverture de la cornée ne peut être trop grande, puisque c'est tout à la fois une pupille artificielle qu'on établit et une opération de cataracte qu'on pratique.

« Quand il y a des taches au devant de l'œil, et qu'on ne peut pas opérer par kératonyxis, le cas ne laisse pas d'être embarrassant. Si l'incision porte sur une partie saine de la cornée, la cicatrice qui doit en résulter, l'inflammation qui peut survenir, détruisent assez souvent la transparence du peu que le mal primitif avait respecté. Sur la portion leucomateuse, au contraire, il est à craindre que la plaie ne se transforme en ulcère, ne suppure et n'amène la fonte de l'œil. Toutefois plusieurs praticiens, MM. Faure et Lusardi entre autres, ont remarqué que la section de la cornée, ainsi atteinte, n'est pas aussi redoutable qu'on le pense généralement, et vont même jusqu'à dire qu'elle s'agglutine plus rapidement que celle d'une tunique non malade. On le concevrait sans peine au surplus : de pareils tissus étant moins sen-

sibles, moins excitables, plus rapprochés de la vie végétative, doivent s'enflammer plus modérément que s'ils étaient dans leur état normal. Si donc la cornée est opaque dans une grande étendue, il faut ménager précisément ce qui en reste, et pénétrer à travers sa portion altérée. Dans le cas opposé, lorsque sa transparence n'est troublée que par une tache exactement circonscrite et peu large, il vaut mieux inciser dans les tissus naturels.

« Du reste, c'est pour se trouver en mesure de répondre à toutes ces nécessités, à toutes ces exigences de la maladie, qu'il est bon de se familiariser avec la plupart des procédés indiqués; attendu que chacun d'eux peut avoir son application particulière. J'ajouterai cependant que la méthode par excision est, en définitive, la seule qui offre des chances réelles de succès. Toutes les méthodes par incision, soit simples, soit complexes, sont décidément mauvaises et ne doivent, ainsi que le décollement, être adoptées qu'à titre de ressources exceptionnelles. »

Quel que soit le procédé auquel on a recours, il faut après l'opération de la pupille artificielle soumettre le malade aux mêmes précautions que réclame l'opération de la cataracte. Je dois ajouter, néanmoins, qu'il est rare que les suites en soient aussi graves. Les *Annales de la Science* renferment même plusieurs cas de succès survenus sans aucune espèce d'accident. M. Velpeau a pratiqué une vingtaine de fois l'opération de la pupille artificielle, et jamais il n'est survenu d'accidents graves. Tous les chirurgiens connaissent le fait d'une dame qui, opérée par Wardrop, put s'en retourner chez

elle en voiture immédiatement après et sans inconvénient. Mais il n'en est pas toujours ainsi; il est des cas, qu'il est d'ailleurs facile de prévoir, dans lesquels il importe de se tenir fortement en garde. D'ailleurs, en pareille circonstance, mieux vaudrait, sans contredit, pécher par excès de prudence que par la moindre négligence.

Inflammation de l'humeur aqueuse.

Je ne sais pas jusqu'à quel point il est possible de séparer une iritis antérieure et une kératite profonde d'une inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. Lorsque l'aquo-capsulite existe à l'état aigu, cette division est impossible; il est même probable que c'est là ce qui a porté quelques praticiens à douter de l'existence de la maladie qui va nous occuper un instant. Toutefois, quand la phlegmasie est lente, elle peut exister seule et indépendamment des tissus voisins; c'est là un fait que Wardrop a démontré jusqu'à l'évidence, et que l'observation est venue confirmer quelquefois dans le service de M. Velpeau. Mais, hâtons-nous de le dire, même dans les cas les plus simples, l'inflammation de la membrane de Descemet est accompagnée de certains phénomènes, que l'on rencontre aussi dans une iritis ou une kératite. C'est ainsi qu'on observe aux bords de la cornée cette petite injection vasculaire, que nous avons notée en traitant de l'inflammation de l'iris et de la cornée; c'est ainsi que la surface interne de la cornée est légèrement obscurcie, et que l'humeur aqueuse perd de sa transparence.

Il est pourtant vrai de dire qu'il est un cer-

tain ordre de symptômes qui semblent se rapporter d'une manière toute spéciale à l'aquocapsulite. Les malades éprouvent un sentiment de distension, de plénitude, dans la moitié antérieure de l'œil; les douleurs qu'ils éprouvent ne s'irradient point dans le fond de l'orbite, mais bien sur le front et les parties latérales de l'œil. Si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, la membrane de Descemet perd sa transparence; l'humeur aqueuse est sécrétée en plus grande abondance, de telle sorte que la cornée est refoulée en avant, et prend ainsi différentes formes; l'iris aussi est refoulé en arrière. Chez deux malades que j'ai observés à l'hôpital de la Charité, ces caractères étaient évidents, et il n'était pas permis de douter qu'ils dépendissent de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.

Le traitement de cette affection est le même que celui de l'iritis; je ne m'y arrêterai pas. Si la maladie est très développée, et que la trop grande quantité d'humeur aqueuse renfermée dans la chambre antérieure donne des craintes de voir l'œil se crever, il faut pratiquer la ponction; nous aurons à revenir bientôt sur cette opération.

De l'hypopyon.

Tel est le mot employé par les auteurs pour désigner un épanchement de pus dans la chambre antérieure de l'œil. Nous étudierons aussi sous ce titre l'épanchement de sang dans les chambres de l'œil, et nous désignerons cette affection sous le nom d'*hypohœma*.

Hypopyon purulent.— Les épanchements de

pus s'observent et dans la chambre antérieure et dans la chambre postérieure de l'œil. Dans le second cas, la maladie prend le nom d'*empyesis*. L'hypopyon purulent se reconnaît à une couleur jaunâtre, située à la partie inférieure au-dessous de l'humeur aqueuse. Cette position du pus s'explique par la pesanteur spécifique de cette matière, qui est plus grande que celle de l'humeur aqueuse. Si le pus ne s'élève point jusqu'à la pupille, les fonctions visuelles ne sont point abolies, mais elles sont toujours plus ou moins troublées; car il est impossible que, dans ces cas, l'humeur aqueuse n'ait pas perdu de sa transparence. Il est inutile d'ajouter que la vue est complètement abolie, lorsque le pus remplit les chambres oculaires.

Les auteurs ont admis deux variétés d'hypopyon : un hypopyon *vrai* et un hypopyon *faux*. D'après Beer, l'hypopyon *vrai* est celui où le pus se forme dans l'intérieur de l'œil même; et l'hypopyon faux est celui où le pus s'introduit dans la chambre antérieure, à travers un ulcère qui a perforé la cornée. On appelle encore hypopyon *vrai*, celui qui est constitué par un véritable pus; et hypopyon *faux*, celui qui est produit par un liquide puriforme. Mais, hâtons-nous de le dire, ce sont là des distinctions de peu d'importance.

Cette maladie est toujours une affection consécutive. On ne conçoit pas, en effet, qu'elle puisse se développer primitivement, si ce n'est à la suite d'une métastase; mais encore faut-il ajouter que ces derniers cas sont très rares. Elle est ordinairement la conséquence d'une ophthalmie interne plus ou moins grave; souvent même

l'hypopyon existe en même temps que la maladie qui l'a produit.

Lorsque l'épanchement du pus est considérable, et que les chambres oculaires sont envahies, les malades éprouvent dans l'œil un sentiment de pression, de distention, accompagné de douleurs violentes, qui s'irradient dans la tête et même jusqu'à la mâchoire inférieure.

La gravité de la maladie n'est pas la même dans tous les cas; ainsi, si l'épanchement est peu considérable, il se résorbe assez facilement, et la vue n'en reçoit aucune atteinte; mais lorsque la matière purulente dépasse le niveau de la pupille, il arrive assez souvent que le pus s'arrête dans cette ouverture et en produit l'oblitération. De plus, lorsque l'épanchement envahit la totalité de la chambre antérieure, on voit bientôt la cornée s'altérer profondément et se transformer en une matière purulente. J'ai observé un cas de ce genre dans le service de M. Velpeau, au mois de mars 1838. Je dois ajouter que cette terminaison malheureuse survient souvent avec la plus grande rapidité. Cette dernière circonstance suffit pour engager les chirurgiens à attaquer la maladie au début par un traitement convenable.

Le traitement de l'hypopyon purulent varie suivant la quantité du pus épanché. S'il y a une petite quantité de matière, on doit faire tous ses efforts pour en provoquer la résorption; pour cela, si l'épanchement est récent, on fait usage des vapeurs d'une décoction émolliente, ou bien de la décoction elle-même, instillée entre les paupières. Mais lorsque la maladie est ancienne, les émollients n'ont plus d'effet; il faut

alors avoir recours à une médication stimulante: on applique alors sur l'œil des sachets aromatiques, et on fait usage de la teinture anodine, du laudanum liquide de Sydenham. On peut aussi se servir avec beaucoup d'avantages des purgatifs salins. Mais lorsque l'épanchement est considérable, que les chambres oculaires sont remplies de pus, ce serait en vain qu'on tenterait d'opérer la résorption de cette matière; il faut alors, sans différer, donner issue au pus à l'aide de l'instrument; en d'autres termes, il faut pratiquer la paracentèse.

Il paraît que Galien est le premier qui a proposé la paracentèse contre l'hypopyon. Cet auteur conseille d'ouvrir la partie inférieure de la cornée avec une lancette, un peu au-devant de l'union de cette membrane avec la sclérotique. Aétius veut qu'on se serve d'une aiguille. D'autres chirurgiens, à l'exemple des Arabes, veulent qu'on se borne à pratiquer une ponction, pour permettre d'aspirer la matière épanchée; ils sont même allés jusqu'à conseiller de laisser en place la canule du trois-quart, et de s'en servir pour faire des injections dans l'intérieur de l'œil. Mais, de nos jours, cette pratique est complètement abandonnée; et lorsque la maladie l'exige, on se borne à pratiquer une incision pure et simple de la cornée.

Si l'épanchement a lieu dans la chambre postérieure de l'œil, il s'en faut que tous les praticiens soient d'accord sur la nécessité d'avoir recours à la paracentèse. Presque tous les oculistes y avaient recours dans le dernier siècle; mais M. Velpeau pense qu'elle ne peut être que d'un faible secours en pareil cas. L'ouverture que l'on

fait sur la sclérotique se referme bientôt, et les accidents ne tardent pas à reparaître. On a proposé de remplacer la ponction par le séton; mais c'est là un moyen qu'il suffit de mentionner; de nos jours, aucun chirurgien n'oserait y avoir recours. Voici d'ailleurs la pratique suivie par M. Velpeau, je le laisse parler lui-même : « J'ai trouvé que, dans tous ces cas, les ponctions répétées sur une région encore intacte de la sclérotique, avec la pointe d'une lancette, jouissaient d'une grande efficacité. Qu'il y ait hypopyon ou *empyésis*, lorsque l'œil est distendu et douloureux, je n'ai rien trouvé de mieux que cette pratique. Je choisis le point le plus saillant de la sclérotique, et j'y enfonce perpendiculairement la lancette, parallélement aux fibres de la membrane. Le soulagement est prompt, et l'on peut recommencer le lendemain. » Lorsque ces ponctions ne suffisent pas et que la maladie continue de faire des progrès, on est souvent obligé de pratiquer l'excision de la partie antérieure de l'œil, pour vider complètement cet organe. Nous nous occuperons bientôt de cette opération.

Hypohœma.— L'épanchement de sang dans les chambres de l'œil constitue une affection le plus souvent moins dangereuse que la précédente. C'est à la suite des blessures et des contusions de l'œil qu'on l'observe. Les opérations de cataracte et de pupille artificielle peuvent aussi y donner lieu. Lorsque le sang épanché est en très petite quantité, il est facile de le reconnaître à une couleur rougeâtre que l'on observe à la partie inférieure de la chambre antérieure. La pupille reste alors nette, et la vision n'est point troublée. Si l'épanchement est considéra-

ble, et qu'il occupe toute la chambre antérieure, on n'aperçoit plus l'iris ni la pupille ; les fonctions visuelles sont alors suspendues. Les malades se plaignent d'une pesanteur, d'une tension dans le globe oculaire; la cornée est refoulée en avant; dans les cas extrêmes, le globe de l'œil acquiert un volume considérable ; les douleurs sont atroces, et si l'art ne vient en aide à la nature, l'œil se rompt spontanément.

L'hypohœma existe quelquefois sans symptômes inflammatoires ; ces cas sont les plus heureux : le liquide épanché est alors résorbé peu à peu, et après un temps plus ou moins long tout rentre dans l'ordre; c'est là même la marche que suit ordinairement la maladie, lorsque le sang épanché est peu considérable. Mais il arrive aussi que l'inflammation s'empare du dépôt, et il est facile de prévoir les conséquences que doit amener une pareille complication ; tout l'intérieur de l'œil s'enflamme et la suppuration s'en empare.

Il importe donc, dans le traitement de cette affection, de provoquer la résolution du liquide épanché par tous les moyens possibles, et de se tenir en garde contre les symptômes inflammatoires qui pourraient survenir. Lorsque l'épanchement est considérable, et que tout porte à penser que la résorption ne pourra pas s'opérer, il faut donner issue au liquide de la même manière que je l'ai indiqué en traitant de l'hypopyon purulent.

Hydrophthalmie.

C'est ainsi que les auteurs désignent une collection d'eau dans l'intérieur du globe de l'œil.

Sans entrer dans aucun détail sur les causes qui peuvent produire cette maladie, je dirai que l'hydropisie de l'œil se développe sous l'influence de tout ce qui concourt à détruire l'équilibre entre les vaisseaux absorbants et les organes sécréteurs.

Eu égard aux diverses places que peut occuper le liquide dans l'œil, on a admis quatre espèces d'hydrophthalmie : l'*hydrophthalmie antérieure*, l'*hydrophthalmie postérieure*, l'*hydrophthalmie mixte* et l'*hydrophthalmie de la choroïde*. M. Mackensie en admet une cinquième variété, qui consisterait en un épanchement entre la choroïde et la rétine; mais comme dans l'état actuel de la science on ne peut pas encore assigner des symptômes caractéristiques à cette variété, je me borne à la mentionner ici. Quant à l'hydrophthalmie de la choroïde, je m'en occuperai en traitant des maladies de cette membrane. Disons ici quelques mots sur les trois autres variétés.

Hydrophthalmie antérieure. — La collection de liquide a lieu ici dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil. Les symptômes qui caractérisent cette affection sont faciles à reconnaître : si l'épanchement est considérable, la cornée est distendue, amincie, proémine en avant et donne au globe de l'œil une forme allongée, conoïde. La partie antérieure de la sclérotique est aussi projetée en avant, amincie, et offre une teinte bleuâtre. Le plus souvent, la cornée n'a pas perdu sa transparence, et on voit alors l'iris tremblotant au milieu du liquide, la pupille dilatée et ordinairement immobile. Les mouvements de l'œil sont plus ou moins difficiles. Les malades éprouvent encore

cette distension dont j'ai déjà parlé, et lorsqu'ils penchent la tête, il leur semble que l'œil va tomber; alors aussi ils éprouvent des tiraillements dans le nerf optique. M. Carron du Villards parle d'une dame qu'il connaît dans le département du Cher, chez laquelle ce phénomène est tellement prononcé, qu'elle est obligée de se placer, pour manger, devant une table très élevée, dans la crainte de baisser la tête.

Au début de la maladie, la vue est encore intacte; mais peu à peu elle diminue, à mesure que la collection augmente; si l'hydrophthalmie n'est point arrêtée dans sa marche, les fonctions visuelles finissent par être complètement suspendues.

Hydrophthalmie postérieure. — Dans cette variété, le liquide est épanché entre l'humeur vitrée et la rétine. Le globe oculaire prend alors la forme d'un cône tronqué; le gonflement se montre ici dans la moitié postérieure de la sclérotique. Cette membrane s'amincit peu à peu, revêt une couleur brunâtre, variqueuse; l'iris est poussé en avant, et vient quelquefois s'appliquer contre la face postérieure de la cornée; la pupille est plus ou moins contractée, et tout l'appareil cristalloïde vient s'appliquer contre cette ouverture. Outre ces déplacements organiques, on voit aussi que l'humeur aqueuse a perdu de sa transparence. Le globe de l'œil est dur et tendu; les malades éprouvent des douleurs beaucoup plus violentes que dans le cas précédent; on dit même qu'il en est qui deviennent furieux. Au dire de Beer, plusieurs individus auraient pratiqué sur eux-mêmes la paracentèse, tant leurs souffrances étaient vives et insupportables. Il est inutile de dire que les

fonctions visuelles doivent éprouver une perturbation plus ou moins complète.

Hydrophthalmie mixte. — C'est ici la réunion des deux variétés précédentes. L'œil est alors beaucoup plus volumineux que dans le cas précédent; il est, pour ainsi dire, chassé hors de la cavité orbitaire, à tel point que quelquefois les paupières ne peuvent plus le recouvrir. La cornée conserve longtemps sa transparence; la sclérotique offre une couleur bleuâtre et est sillonnée de vaisseaux variqueux, de volume variable; ces deux membranes sont plus ou moins amincies, l'iris est flottant, la pupille est dilatée; le cristallin, détaché de ses liens par la maladie, suit les mouvements du liquide. Parvenue à cet état, la maladie est incurable; lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, on voit la cornée, que les paupières ne peuvent plus recouvrir, s'enflammer, s'ulcérer, se perforer même; alors l'œil se vide, l'inflammation s'en empare, et il n'est pas rare de voir dégénérer cet organe en une substance fongueuse.

Traitement de l'hydrophthalmie. — Avant d'avoir recours aux moyens chirurgicaux, il importe de mettre en usage toutes les ressources de la thérapeutique. Il est évident qu'il faut employer tous les moyens capables d'augmenter l'activité des vaisseaux absorbants; mais il convient, avant tout, de faire disparaître les symptômes inflammatoires, s'il en existe. Dans ce cas, les saignées générales et locales sont parfaitement indiquées. Le sel de nitre, le calomel à hautes doses, la teinture de colchique, peuvent être essayés avec confiance. On a aussi retiré quelques avantages de l'usage des frictions d'onguent mercuriel et des révulsifs cutanés.

Employés au commencement de la maladie, ces divers moyens, sagement combinés, peuvent produire des résultats heureux ; mais si la maladie persiste depuis un certain temps, malgré le traitement, et que la collection de liquide augmente de jour en jour, il est évident alors que la médecine est impuissante ; c'est à la chirurgie qu'il faut demander du secours. La ponction de l'œil est indiquée. M. Velpeau pense que, de nos jours, on n'a pas assez souvent recours à cette opération.

La ponction de l'œil, dans les cas dont nous venons de parler, n'est point une opération nouvelle ; mais elle n'a été formellement proposée que depuis Valentini, Nuck, Mauchart. L'incision de la sclérotique serait préférable à celle de la cornée, si le liquide épanché pouvait toujours s'échapper par là ; mais il n'en est pas ainsi. Pour tirer parti de cette incision dans l'hydrophthalmie simple, dit M. Velpeau, il faudrait évidemment diviser la sclérotique en travers à moins de deux lignes du cercle ciliaire, et, sous ce rapport, la section de la cornée est assurément moins grave. Voici du reste le procédé opératoire tracé par ce chirurgien :

« Après avoir disposé le malade et les aides comme pour l'extraction de la cataracte, après avoir convenablement écarté les paupières et fixé l'œil, le chirurgien fait, avec la pointe d'une lancette, d'un bistouri, de l'aiguille Adelmann, ou d'un cératotome, tenu comme une plume, une incision de deux à trois lignes à la partie inférieure ou externe de la cornée, aussi loin que possible de la pupille enfin, et de manière à ne pas blesser l'iris. Il est inutile d'exercer ensuite aucune pression sur le globe oculaire,

L'humeur aqueuse s'écoule aussitôt. Un soulagement manifeste en est généralement la suite immédiate. Tant qu'on a quelque espoir de conserver l'organe intact, il serait dangereux de rien faire pour empêcher la plaie de se cicatriser. On doit panser comme après une opération de cataracte, et renouveler cette ponction au bout de quelques jours, à l'instar de M. Basedow, qui en rapporte quatre exemples de succès, et comme je l'ai fait plusieurs fois, si une accumulation nouvelle de liquide semble la rendre nécessaire. Du reste, personne ne conseillerait aujourd'hui d'imiter Nuck et quelques chirurgiens du siècle dernier, de placer une plaque de plomb entre les paupières, afin de pouvoir comprimer l'œil d'avant en arrière et de le faire rentrer insensiblement dans l'orbite... Si quelque point des tuniques de l'œil était plus manifestement altéré, proéminent, aminci, que les autres, nul doute qu'il ne fallût le préférer pour la paracentèse, en faire un lieu de nécessité. »

La ponction de l'œil dans les cas d'hypopyon, d'hydrophthalmie, ne réussit pas toujours. Lorsqu'on l'a tentée inutilement, et surtout lorsqu'il est bien démontré que la vue ne peut ni se conserver ni se rétablir, il faut avoir recours à un autre moyen. Dans des circonstances semblables, on a proposé l'extirpation de l'œil. Mais, de nos jours, on y a renoncé; on préfère l'excision de la partie antérieure de cet organe, au moyen de laquelle on vide le globe oculaire et on le réduit à l'état de moignon inerte, capable de supporter ensuite un œil artificiel.

Pour remplir convenablement les indications, il faut, dans cette opération, enlever presque

toute la cornée, mais ne pas aller au delà. Le manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le malade étant convenablement placé et maintenu, on divise la moitié inférieure de la cornée avec l'instrument de Daviel, la pointe d'une lancette, un bistouri ou un cératotome. On saisit le lambeau avec de bonnes pinces; on le détache dans le reste de sa circonférence à l'aide de ciseaux bien tranchants ou d'un bistouri porté de bas en haut. Une érigne enfoncée dans le milieu du segment qu'on veut enlever en rendrait encore l'excision plus prompte et plus sûre chez des sujets déraisonnables, où dont l'œil est difficile à fixer.

MM. Sanson, Carron du Villards, pensent que l'excision de la cornée n'est pas une opération dangereuse; ils ne l'ont jamais vue suivie d'accidents graves. M. Velpeau ne professe pas tout à fait la même opinion : suivant lui, cette opération expose à quelques dangers; mais ces dangers doivent être mis de côté lorsqu'il y a indication formelle d'opérer.

MALADIES DE LA CHOROÏDE.

Choroïdite.

Il suffit de réfléchir un instant à la nature des tissus qui entrent dans la contexture de la choroïde, pour admettre que l'inflammation de cette membrane doit être beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. D'où vient donc que les observations de choroïdite

sont si rares? On le devine facilement : cette affection étant dans le plus grand nombre des cas concomittante à une iritis, dont les symptômes sont beaucoup plus évidents, il en résulte que le diagnostic de la choroïdite est le plus souvent très obscur. Et qu'on ne dise pas que toute la difficulté vient ici de ce qu'on n'est pas au fait de l'étude des maladies des yeux ! Certes, j'en appelle ici à la bonne foi des hommes le plus haut placés dans la connaissance des maladies qui nous occupent, en est-il un seul qui puisse se flatter de distinguer dans tous les cas et d'une manière précise les premiers symptômes d'une iritis de ceux d'une inflammation de la choroïde? Sans entrer dans plus de détails à ce sujet, avouons que c'est là une question qui exige encore de nouvelles recherches. Quoi qu'il en soit, nous allons exposer l'état actuel de la science sur la choroïdite.

L'inflammation de la choroïde n'est que rarement une affection primitive ; elle se développe ordinairement à la suite d'une phlegmasie d'une autre membrane. Les symptômes à l'aide desquels on peut reconnaître la choroïdite sont de deux ordres, les uns physiques, les autres rationnels. Ainsi, la pupille est contractée, l'iris est refoulé en avant, de telle sorte que la chambre antérieure diminue plus ou moins. Un fait digne de remarque, c'est que lorsque la maladie dépend d'une cause traumatique, l'iris, au lieu de se porter en avant, comme dans les cas ordinaires, se porte en arrière. J'ai observé un cas de ce genre dans le courant de l'année 1837, dans le service de M. Velpeau. Si l'inflammation n'est point arrêtée dans sa marche, la cornée s'entoure d'un cercle livide, dont on se rendra facilement

compte, si on se rappelle ce que j'ai dit sur la vascularisation en général. La photophobie ne tarde pas alors à se déclarer; elle apparaît même quelquefois avant tous les autres symptômes; il y a du larmoiement; les malades se plaignent de vives douleurs dans l'œil, sur le front et au-dessous de l'orbite; ils sont souvent pris de vomissements, et plus souvent encore de fièvre gastrique. Alors l'humeur aqueuse perd de sa transparence, elle revêt quelquefois une teinte sanguinolente. J'ai observé un cas où le fond de l'œil était d'un rouge vineux; on conçoit qu'à cette époque la vision doit subir des modifications; non seulement la vue diminue, mais encore les malades voient tout en rouge. Dans ces cas, qui sont sans contredit les plus graves, d'autres parties de l'œil prennent part à l'inflammation, les sujets sont affectés d'une ophthalmie plus ou moins générale.

De toutes les affections de l'œil, l'inflammation de la choroïde est, sans contredit, une de celles qui réclament le plus impérieusement les émissions sanguines générales. Les auteurs s'accordent même à dire que, dans les cas graves, on ne doit pas balancer de les pousser jusqu'à la défaillance. Quoi qu'il en soit, j'ai eu plusieurs fois occasion de me convaincre que cette médication constitue la base du traitement; je dois ajouter que c'est surtout contre la choroïdite que les saignées dites *coup sur coup* sont indiquées. Quant aux saignées locales, elles ne doivent point être négligées; mais il ne faut pas leur accorder une trop grande confiance; c'est un moyen adjuvant, et rien de plus. M. Velpeau préfère les ventouses scarifiées aux sangsues. M. Carron du

Villards dit avoir employé plusieurs fois, avec des résultats fort avantageux, des scarifications dans l'intérieur des narines à l'aide de l'instrument de Savigny. Je n'ai jamais vu M. Velpeau avoir recours à ce moyen.

Pendant que les malades sont soumis au traitement antiphlogistique, il est très utile d'ordonner des bains de pieds aiguisés avec de la soude caustique, et de faire en même temps des affusions d'eau froide sur le front et sur les tempes.

Lorsque le tube intestinal est à l'état sain, les purgatifs huileux et salins sont très avantageux; c'est une ressource à ne pas négliger dans la pratique. C'est surtout contre l'inflammation de la choroïde que j'ai eu plusieurs fois occasion de me convaincre des bons effets du calomel uni à l'opium. M. Velpeau fait aussi usage des frictions mercurielles à hautes doses, sur le front et sur les tempes. Voici, du reste, la conduite que suit ce chirurgien dans le traitement de la choroïdite : lorsque l'inflammation est intense, il insiste d'une manière toute particulière sur les émissions sanguines générales, auxquelles il associe les ventouses scarifiées sur la tempe ou sur le front; deux jours après, s'il n'existe aucune contre-indication, il donne le calomel à l'intérieur, en l'unissant à l'opium, et en même temps il fait faire des frictions mercurielles sur le front et sur la tempe. La phlegmasie cède ordinairement au bout de six à huit jours, et du dixième au quinzième tout est rentré dans l'ordre, lorsque la maladie doit se déterminer favorablement.

Hydropisie de la choroïde.

On désigne ainsi une collection humorale qui a lieu, tantôt entre la sclérotique et la choroïde, tantôt entre cette membrane et la rétine (M. Mackensie), tantôt enfin dans l'un et l'autre espace à la fois. Nous résumerons dans une même description chacune de ces variétés; car, s'il est vrai de dire qu'on peut les différencier à l'aide du scalpel, il n'en est certainement pas de même sur le vivant.

Les causes qui peuvent produire cette maladie sont à peu près les mêmes que celles qui donnent lieu à l'hydrophthalmie en général; mais c'est surtout à la suite d'une inflammation de la choroïde qu'on l'observe.

De même que pour tous les épanchements, la collection humorale est tantôt diffuse entre les deux membranes, tantôt enkistée dans un point plus ou moins circonscrit, soit en avant, soit en arrière.

Les symptômes de l'hydropisie de la choroïde sont plus évidents, suivant que l'épanchement a lieu en avant ou en arrière. Il en est du reste ici comme pour les différentes variétés d'hydrophthalmie, dont j'ai déjà parlé. Quoi qu'il en soit, voici les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître cette maladie : la vue s'affaiblit graduellement, la pupille se dilate, les malades éprouvent dans l'œil de la gêne, une espèce de tension et quelques légères douleurs; jusque là, rien ne paraît au dehors, et assez souvent le chirurgien ne sait à quoi attribuer cet ordre de phénomènes. Mais après un temps

plus ou moins long, l'œil augmente de volume, la sclérotique se distend, se dédouble, s'amincit et revêt une teinte bleuâtre; quelques vaisseaux variqueux recouvrent la tumeur; les douleurs sont quelquefois atroces et s'irradient dans l'orbite. Dès lors, la vision est abolie; on aperçoit dans la pupille un corps opaque, qui n'est autre chose que la rétine privée de sa transparence, et refoulée en avant par le liquide.

Que faire contre une pareille affection? Pour peu que l'épanchement soit considérable, il n'y a pas d'autre ressouce que d'évacuer le liquide à l'aide d'une ponction, et de revenir à cette opération, si cela est nécessaire. Ware rapporte un cas où une simple ponction amena la guérison radicale du jour au lendemain. Lorsque ce moyen ne suffit pas, la vision est définitivement abolie, l'œil doit être sacrifié; on l'excise alors dans sa partie antérieure, par le procédé que j'ai déjà indiqué, et on applique un œil artificiel.

Staphylome du corps ciliaire.

L'affection dont je vais dire quelques mots a reçu différents noms. C'est ainsi que Bénédict l'appelle staphylome de la choroïde, qu'Ammon en parle sous le nom de hernie de la choroïde, et que Rau lui donne le nom de staphylome annulaire. Nous préférons, avec le professeur Walther (de Bone), qui l'a décrite le premier, la désigner sous le nom de staphylome du corps ciliaire; cette dénomination indique mieux, à notre avis, et le siége et l'origine du mal.

Le staphylome du corps ciliaire dépend, dans

tous les cas, d'un état variqueux des vaisseaux verticaux. Ces vaisseaux, en se développant, refoulent la sclérotique, en écartent les fibres, les usent même en partie, et finissent par réduire cette membrane en une pellicule mince, transparente, ressemblant à une aponévrose distendue. Le plus ou moins de résistance qu'opposent les fibres de la sclérotique explique très bien pourquoi l'espèce de staphylome qui nous occupe revêt souvent une forme bosselée, qu'on a comparée avec assez de justesse à celle que présente l'intestin cœcum. Le staphylome du corps ciliaire se présente donc sous la forme d'une tumeur annulaire, développée un peu en arrière de l'union de la sclérotique avec la cornée. Ces bosselures circulaires, de volume variable, offrent une couleur bleuâtre. La sclérotique est d'ailleurs à l'état sain; seulement elle est plus ou moins amincie et transparente là où siège la maladie. On aperçoit cependant quelques vaisseaux variqueux qui serpentent dans son tissu. En 1837, j'ai observé à l'hôpital de la Charité un cas remarquable de staphylome du corps ciliaire chez une jeune fille de seize ans, qui présentait tous les symptômes d'une constitution scrofuleuse, portée au plus haut degré; il datait de plusieurs années, et s'était développé sans que la malade ait pu en reconnaître la cause. J'observai chez cette malade une particularité qui a été notée par les auteurs, savoir : que la tumeur est plus développée à la partie supérieure et externe qu'à l'angle interne. On a assez souvent confondu le staphylome du corps ciliaire avec une affection cancéreuse de l'œil. Il importe donc que les praticiens soient bien prévenus à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, c'est toujours là une affection grave qui produit ordinairement la perte de la vision, et le plus souvent même la perte de l'organe.

Il est bien reconnu de nos jours que lorsque le staphylome du corps ciliaire est formé, toutes les ressources thérapeutiques sont inutiles pour le faire disparaître. Il est vrai de dire pourtant que Rau rapporte qu'une sangsue ayant mordu par mégarde sur une tumeur de ce genre, une hémorrhagie abondante eut lieu, et le staphylome s'affaissa. Ce fait a porté quelques auteurs à essayer la ponction aidée de la compression; mais je ne sache pas qu'on ait obtenu des succès. M. Carron du Villards avoue qu'il a complètement échoué. Il paraîtrait pourtant que quelques chirurgiens auraient réussi quelquefois, en cautérisant le staphylome avec du beurre d'antimoine. Mais, hâtons-nous de le dire, de nos jours personne n'aurait plus de confiance à de pareils moyens. Ce qu'il y a de mieux à faire en pareil cas, c'est de s'opposer par tous les moyens appropriés au développement de la tumeur, et lorsque la vision est entièrement abolie et que la maladie a fait de grands progrès, de vider l'œil par le procédé que j'ai déjà indiqué, et de placer ensuite un œil artificiel par corriger la difformité.

Cirsophthalmie.

La persistance de l'inflammation et de la congestion des membranes internes de l'œil détermine quelquefois dans cet organe un état variqueux, que les auteurs ont désigné sous le nom de cirsophthalmie. D'après les faits qui ont été publiés, cette maladie semblerait être, dans la

plupart des cas, le résultat d'une choroïdite, dont on n'a pas pu entraver la marche. Quelle que soit, d'ailleurs, la cause qui l'ait produite, voici les symptômes à l'aide desquels on peut la reconnaître : le globe de l'œil prend un développement plus ou moins considérable, et revêt une forme conoïde. En même temps la vue s'affaiblit peu à peu. Mais si la maladie se développe avec rapidité, les fonctions visuelles sont bientôt complètement détruites; dès lors l'œil a pris un accroissement énorme, à tel point qu'il se meut avec difficulté. Sur la conjonctive et la sclérotique, on aperçoit quelques vaisseaux variqueux, offrant une couleur brunâtre. Plus profondément, la varicosité est évidente; les vaisseaux de la choroïde ont distendu, usé et aminci les fibres de la sclérotique, à tel point que cette membrane offre sur toute son étendue cette couleur brunâtre, transparente, que nous avons notée en parlant du staphylome du corps ciliaire. Dans quelques cas même, on observe sur cette membrane de petites tumeurs mamelonnées séparées par les fibres de la sclérotique qui ont offert aux vaisseaux profonds une plus grande résistance. Les vaisseaux de l'iris sont aussi évidemment plus volumineux que dans l'état normal. La pupille est immobile, dilatée, anguleuse. La cornée elle-même s'obscurcit, et est sillonnée par une foule de petits vaisseaux. Lorsque tous ces phénomènes ne sont pas très développés, les malades n'éprouvent que de la gêne dans l'œil. Mais lorsque la maladie est intense, ils ressentent des douleurs quelquefois atroces. La cirsophthalmie est assez souvent lente dans sa marche; on cite des cas où elle est restée plusieurs années stationnaire. Un jeune ébé-

niste qui se présenta à la consultation de M. Velpeau, en 1838, nous dit qu'il croyait en être affecté depuis plus de huit ans. Mais tôt ou tard a lieu une terminaison fatale pour l'organe; le globe de l'œil, distendu outre mesure, se rompt spontanément, et donne lieu à une hémorrhagie abondante. Alors le bulbe s'ulcère; de sa profondeur s'élèvent des bourgeons charnus, noirâtres, qui saignent au moindre contact. A cette époque de la maladie, les douleurs sont extrêmes; il n'est pas rare de la voir dégénérer en affection cancéreuse.

Que faire encore contre une pareille affection, lorsqu'elle a pris un certain degré de développement? Évidemment, toutes les ressources de la thérapeutique seraient inutiles; le meilleur parti à prendre, c'est de vider l'œil en enlevant le segment antérieur de cet organe. Par là on évite bien des souffrances aux malades, et on ne s'expose point à voir survenir une affection cancéreuse. Il faut être bien prévenu que cette opération est suivie d'une hémorrhagie toujours considérable; mais on s'en rend facilement maître à l'aide de lotions d'eau saturée de sulfate d'alumine; il convient, toutefois, de lui laisser un libre cours pendant quelques moments. Il faut ensuite activer la suppuration du bulbe par des cautérisations profondes avec le nitrate d'argent. Dès qu'on est parvenu à le réduire à l'état de moignon inerte, on procède à l'application d'un œil artificiel.

Si la maladie est trop avancée, et que l'extirpation partielle de l'œil ne paraisse pas devoir être suffisante, il n'y a pas à balancer, l'organe doit être sacrifié en entier; il faut procéder de prime abord à son extirpation totale.

Cristalloïdite.

Nous étudierons sous ce même titre l'inflammation de la capsule du cristallin et celle du cristallin lui-même. S'il est vrai de dire que les membranes extérieures du globe de l'œil peuvent être enflammées isolément, et que chacune de ces phlegmasies a une série de symptômes qui lui est propre, il n'en est plus de même pour les membranes internes; il faut le dire, il reste encore une foule de recherches à faire; qui sait même si on arrivera à quelque chose de précis à ce sujet? Il est facile à celui qui décrit ces affections dans le silence du cabinet de faire des divisions, des subdivisions même, d'assimiler à l'aide de la théorie des phénomènes pathologiques, et de les appliquer à l'inflammation de telle ou telle partie intérieure de l'œil. Mais au lit du malade, la scène change, et je suis bien sûr que le plus habile s'y trouverait plus d'une fois pris. Disons-le donc, pour ne parler que du sujet qui nous occupe en ce moment, l'inflammation de la capsule du cristallin, dans l'état actuel de la science, ne peut point être séparée de celle du cristallin lui-même. C'est là, d'ailleurs, une vérité que les auteurs modernes, ceux du moins qui ont étudié au lit des malades, admettent sans restriction aucune.

C'est plus particulièrement sur la face antérieure de la capsule du cristallin que siège la maladie. Les symptômes qu'elle présente dès le début sont si peu apparents et si ressemblants à ceux d'une iritis lente, qu'il n'est guère possible de la diagnostiquer d'une manière précise,

avant quelle ait fait quelques progrès. Alors, outre les caractères que nous avons indiqués en traitant de l'iritis, et que l'on rencontre à peu près constamment dans la cristalloïdite, on aperçoit sur la face antérieure de la capsule un gonflement plus ou moins considérable, qui tend à la rapprocher de la face postérieure de l'iris; le fond de l'œil est moins noir, on le dirait enveloppé d'un nuage de fumée; le cristallin paraît quelquefois dépoli ; l'appareil cristalloïde présente assez souvent sur la face antérieure, soit de petits points isolés, soit de petites stries, soit des dessins variés qui forment des cataractes pigmenteuses, zonulaires, etc.

Au début, les malades ne se plaignent que d'un peu d'obscurcissement dans la vision, et de pesanteurs de tête; mais dans la suite, si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, les douleurs sont vives; ce qui s'explique très bien par la part que prend toujours l'iris à l'inflammation.

La cristalloïdite est une affection moins rare qu'on ne le croit généralement; j'en ai observé quelques exemples dans le service de M. Velpeau. La différence d'opinion à ce sujet vient de ce qu'au début il est difficile de reconnaître cette maladie, et que plus tard elle se confond presque toujours avec une inflammation de l'iris. Il serait pourtant de la plus haute importance de pouvoir la diagnostiquer sûrement dès le début; car on conçoit sans peine toutes les conséquences funestes pour la vision qu'elle peut entraîner à sa suite; et ce n'est pas aller trop loin, je pense, que de dire que cette phlegmasie est la cause d'un grand nombre de cataractes.

Le traitement de la cristalloïdite est essentiellement antiphlogistique. Les évacuations sanguines, les purgatifs salins, la belladone et les mercuriaux en font la base. On le voit, c'est ici le même traitement que pour l'iritis; je n'y reviendrai pas.

Cataracte.

Les limites que je me suis imposées dans ce livre ne me permettent pas de rappeler ici tout ce qui a été dit et écrit sur la cataracte. Chacun sait que c'est là l'affection oculaire qui a le plus occupé les praticiens. Mais on sait aussi que cette question, comme une foule d'autres, est surchargée d'un assez grand nombre de détails, qu'on peut élaguer sans aucune espèce de préjudice pour la pratique. Ce n'est pas à dire pour cela qu'à mon avis ces détails soient inutiles; je les crois, au contraire, d'une haute importance scientifique; mais on ne peut pas s'en occuper dans un manuel. Je serai donc aussi court que possible; mais aussi je dirai tout ce qui touche de près à la pratique.

De tout temps les auteurs se sont occupés de la cataracte; mais il s'en faut qu'ils aient toujours eu sur cette maladie des idées justes et précises. Avant que Képler eût démontré que le cristallin n'est qu'un corps réfringent, destiné à rassembler les rayons lumineux sur la rétine, vrai siége de la vue, la science ne renfermait que des erreurs sur le siége de la cataracte. Ces erreurs sont trop connues pour que je les énumère ici. Mais la découverte du célèbre astronome ramena les esprits dans la bonne voie, et bientôt il s'opéra une véritable révolution chi-

rurgicale sur ce point de pathologie oculaire. Toutefois, il faut le dire, les premiers pas des chirurgiens vers le progrès furent chancelants : on commença par s'apercevoir que la cataracte ne dépendait point d'une pellicule accidentelle, comme on l'avait cru auparavant, mais bien de l'opacité du cristallin. C'est à Maître-Jan surtout que revient l'honneur d'avoir mis ce fait hors de toute contestation. Ce fut là, sans doute, un progrès. Mais, comme M. Velpeau l'observe fort bien, en sortant d'une erreur on fut sur le point de tomber dans une autre ; on crut alors que la cataracte dépendait toujours d'une opacité du cristallin. Et ce ne fut pas sans peine que Ph. de la Hire, Freytag, Morgagni, parvinrent à prouver que cette maladie peut être aussi produite par l'opacité de la membrane capsulaire. Il restait pourtant encore un pas à faire ; on y arriva bientôt. C'est, d'après M. Velpeau, à S. Muralt, à Didier, Heister, Chapuzeau, qu'il était réservé de démontrer sans réplique que la cataracte est produite par l'opacité du cristallin, de sa capsule, ou de la matière dans laquelle il nage, et non pas toujours de la même partie seulement.

La définition de la cataracte qui, d'après M. Velpeau, conviendrait le mieux dans l'état actuel de la science, serait celle-ci : *Opacité contre nature d'un des milieux transparents de l'œil que traversent habituellement les rayons lumineux pour arriver sur la rétine.* Je dois ajouter, toutefois, qu'en général on ne lui donne pas une aussi grande extension. C'est ainsi que, sous le nom de cataracte, on entend généralement l'opacité d'une ou de plusieurs des parties qui composent l'appareil cristallinien.

Étiologie. — D'après les auteurs, les causes de la cataracte sont très nombreuses. Cela doit être ; mais lorsqu'au lit des malades on veut se rendre compte de toutes les assertions qui ont été émises à ce sujet, on les trouve dans un grand nombre de cas enveloppées des plus épaisses ténèbres ; telle est du moins l'impression qu'ont produit sur mon esprit les cas nombreux de cataracte que j'ai observés avec soin à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Ce chirurgien, dans l'examen qu'il a fait à différentes reprises des causes de la cataracte, s'est appliqué à montrer par un grand nombre de faits combien on est encore peu avancé sur la nature et sur la manière d'agir de la plupart d'entre elles.

Les causes de la cataracte sont *prédisposantes* ou *occasionnelles*.

Parmi les causes *prédisposantes* on a placé l'*âge*, le *sexe*, la *constitution*, le *climat* et les *professions*.

Disons en peu de mots la valeur que M. Velpeau attribue à chacune d'elles.

1. *Âge.* — Les vieillards sont beaucoup plus fréquemment atteints de cataracte que les jeunes sujets. C'est là un fait que personne ne conteste. Tous les relevés statistiques seraient d'ailleurs là pour le confirmer. Mais qu'on explique pourquoi il en est ainsi ! Je sais bien qu'on en a donné des raisons plus ou moins plausibles. Mais, il faut en convenir, la science ne possède rien d'exact et de précis à ce sujet. Et d'ailleurs, les jeunes sujets sont-ils exempts de la maladie qui nous occupe? Que dit-on, en outre, sur les cataractes de naissance, nommées *cataractes congeniales?*

Rien qui puisse satisfaire l'esprit le moins exigeant. Tout ce qu'on peut dire à ce sujet de plus probable, c'est qu'il y a eu maladie de l'œil; vouloir aller plus avant, dire, par exemple, de quelle nature était cette maladie, ce serait forcer inutilement la nature à révéler des secrets qui sont loin encore de pouvoir nous être connus.

Bornons-nous donc à mentionner le fait que j'ai énoncé, tout le reste rentre dans le domaine des hypothèses.

2. *Sexe.* — Le sexe ne paraît pas avoir une influence marquée sur le développement de la cataracte. Jusqu'à présent du moins les relevés statistiques n'ont amené aucune solution sur ce point. Toutefois M. Velpeau serait porté à penser, d'après ses propres observations, que les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes; mais, comme il l'a dit lui-même, il faudrait posséder des milliers de faits pour pouvoir décider cette question d'une manière certaine.

J'en dirai autant de la constitution. Il est vrai d'ajouter toutefois qu'il paraîtrait que la maladie se rencontre plus fréquemment chez les sujets bien constitués, forts, bruns et bien portants. Mais je ne crois pas que les proportions établies soient assez fortes pour pouvoir avancer quelque chose de précis à ce sujet. Toujours est-il que mes observations à l'hôpital de la Charité ne sont nullement concluantes.

3. *Climat.* — Tous les auteurs conviennent que le climat exerce une grande influence sur la formation de la cataracte. Les relevés statistiques prouvent en effet qu'elle est beaucoup plus fré-

quente dans le Nord que dans le Midi. Cette remarque n'a pas échappé aux médecins spéculateurs ; car, comme le dit M. Rognetta, les oculistes exploitent avec plus de profit le Nord que le Midi.

Nous ne chercherons pas à expliquer cette influence du froid sur le développement de la maladie.

4. *Professions.* — On a dit et l'on répète encore chaque jour que les individus forcés, par la nature de leur profession, de travailler près des foyers ardents, tels que les forgerons, les verriers, etc. ; que ceux qui travaillent sur de très petits objets, et qui font un usage fréquent des loupes, des microscopes et autres instruments de ce genre, comme les bijoutiers, les horlogers, etc., sont plus exposés que d'autres à la cataracte. De prime abord, on serait porté à admettre ce genre d'influence ; on conçoit, en effet, que la réverbération directe du calorique et de la lumière agisse d'une manière plus ou moins immédiate sur le cristallin. M. Rognetta cite à ce sujet le cas d'un individu qui a été sur le champ atteint de cataracte pour avoir regardé fixement le soleil pendant quelques instants, et celui d'un autre homme qui subit le même sort pour être entré dans un four trop chaud. Mais de pareils faits ne sont points concluants, car ils sont en dehors des professions. M. Velpeau pense, d'après un grand nombre de faits, que rien ne prouve que la cataracte soit plus fréquente chez les individus dont j'ai parlé plus haut que chez d'autres.

Quoi qu'il en soit de ces causes et d'une foule d'autres du même genre que je passe sous silence, il est un fait que je ne dois point omettre

ici, et qui a fixé l'attention des chirurgiens : je veux parler des cataractes héréditaires. Les faits de ce genre que possède la science sont aujourd'hui en assez grand nombre pour qu'il ne puisse plus rester de doute à ce sujet. Janin parle d'une famille composée de six personnes, ayant toutes la cataracte. Richter opéra une malade dont le père et l'aïeul avaient eu la même affection, et dont le fils commençait, à cette époque, à l'avoir également; il ajoute qu'il a vu trois enfants, nés des mêmes parents, qui eurent tous la cataracte à l'âge de trois ans (Carron du Villards). Wardrop parle de quatre frères qui étaient atteints de la même affection. M. Maunoir vit la femme, le fils, le grand-père, l'oncle, la tante, plusieurs cousines du côté paternel être affectés de cataracte (Rognetta). Plusieurs autres faits sont rapportés par Middlemore, Travers, Mackensie. MM. le professeur Sanson et Carron du Villards ont aussi fait plusieurs fois la même observation.

Il est donc prouvé, d'après tous ces faits, que l'influence de l'hérédité joue un grand rôle dans la production de la cataracte. Mais comment cette cause agit-elle? C'est là le nœud gordien; et il est au moins douteux qu'on parvienne à le trancher.

Il résulte de tout ce que je viens de dire qu'il faut admettre ici, comme dans une foule d'autres circonstances, des causes prédisposantes qui nous échappent complètement, et qui tantôt se bornent à rendre plus puissantes les causes déterminantes, et tantôt deviennent elles-mêmes causes efficientes.

Causes occasionnelles.— Parmi ces causes,

je placerai les lésions traumatiques de toutes sortes : les phlogoses internes de l'œil, les congestions sanguines habituelles vers la tête. On trouve dans les auteurs un si grand nombre de faits de ce genre, que je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails. Personne, d'ailleurs, n'élève des doutes à ce sujet.

Espèces de cataractes. — D'après certains praticiens, le nombre des espèces et variétés de cataractes s'élève jusqu'à plus de soixante. Mais, hâtons-nous de le dire, ce sont là des subtilités intellectuelles, qui embrouillent la science sans aucune espèce d'avantage pour la pratique. Les ophthalmologistes modernes ont eu le bon esprit de réduire ce nombre de beaucoup, comme nous allons le voir.

Comme la plupart des auteurs, M. Velpeau admet deux grandes classes de cataractes : 1° celles qui ont exclusivement leur siége dans l'appareil cristallinien ; 2° celles qui sont étrangères à cet appareil et qui siégent en dehors ou autour de lui. On a appelé cataractes *vraies*, celles qui se rapportent à la première classe; les autres ont reçu le nom de cataractes *fausses*. Quoi qu'en dise M. Sichel, cette division est bonne et peut rester dans la science.

C'est d'après cette division principale que nous allons étudier les espèces et les variétés.

A. *Cataractes vraies.*— Dans cette première classe, l'opacité a son siége, tantôt sur le cristallin, tantôt sur ses enveloppes, et tantôt sur ces diverses parties à la fois; de là trois espèces bien distinctes de cataractes : 1° la cataracte *cristalline* ou *lenticulaire* ; 2° la cataracte *capsulaire ;* 3° la cataracte *capsulo-lenticulaire*. Les auteurs

en admettent une quatrième espèce, qu'ils désignent sous les noms de cataracte *morgagnienne interstitielle;* parce que, suivant eux, l'opacité aurait ici son siége dans l'humeur dite de Morgagni. On sait que M. Travers en nie l'existence; quant à M. Velpeau, il se borne à la révoquer en doute; elle dépendrait, suivant lui, d'une maladie de la capsule ou de la dissolution périphérique du cristallin.

1. *Cataracte lenticulaire.*— La cataracte lenticulaire comprend plusieurs variétés, qu'il importe de bien connaître, car, comme nous le verrons plus tard, elles exercent une grande influence sur le choix du procédé opératoire.

Comme variétés de la cataracte lenticulaire, M. Velpeau admet des cataractes dures (osseuses, plâtreuses, pierreuses, siliqueuses), des cataractes molles (gélatineuses, onctueuses, purulentes, fétides). Il a observé chacune de ces variétés. En 1837, j'ai vu le cristallin d'une dame d'environ quarante-cinq ans, que ce chirurgien avait opérée; ce corps offrait l'aspect et la dureté d'une matière calcaire, le bistouri ne put le diviser qu'avec peine. Vers la fin de 1836, M. Cayol adressa à M. Velpeau une malade cataractée qui fut admise à l'hôpital de la charité. Elle fut opérée par extraction; c'était évidemment une cataracte purulente, elle répandait une odeur très désagréable. Je pourrais multiplier ces citations; mais il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre.

L'opacité du cristallin n'est pas toujours uniformément répartie sur ce corps. De là les variétés suivantes : cataracte à trois branches, ca-

taracte en étoile. La première de ces deux variétés a été décrite avec beaucoup de soin par M. Jules Cloquet. Ce professeur a cru pouvoir expliquer ce fait de la manière suivante : Suivant lui, le cristallin se développe par trois points principaux, qui se réunissent ensuite; et il pense que chacune de ces portions peut devenir plus tard malade séparément. Quoi qu'il en soit de cette explication, que beaucoup de chirurgiens n'adopteront pas, puisqu'il s'en faut qu'on soit d'accord sur ce mode de développement du cristallin, il n'en est pas moins vrai que la cataracte à trois branches a été observée plusieurs fois. J'en ai observé un cas à l'hôpital de la Charité ; mais je dois ajouter qu'entre les trois branches principales, on apercevait de petites stries. En 1836, dans le service de M. Breschet (M. Vidal de Cassis par intérim), j'en ai vu un autre exemple remarquable.

La cataracte en étoile ou *étoilée*, a été observée plusieurs fois. M. Velpeau en a cité quelques exemples dans ses leçons.

Il existe une autre variété du même genre que M. Velpeau a observée quatre ou cinq fois, et qui n'a pas été décrite; elle consiste en un point opaque, situé vers le centre du cristallin, tandis que tout le reste de ce corps conserve sa transparence. Dupuytren a observé le même phénomène sur la capsule. Il y aurait, en conséquence, deux variétés de cette cataracte, l'une cristalline, l'autre capsulaire. Dans ces cas, on observe une singularité assez remarquable. Les malades meuvent continuellement l'œil et semblent ne pas pouvoir le fixer un seul instant sur les objets. Dupuytren a cru pouvoir expliquer ce fait, en disant que les individus ne

pouvant pas bien voir les objets par leur centre, sont obligés de tourner leurs yeux tout autour de ces objets, pour pouvoir en prendre une connaissance exacte. On conçoit toute la justesse d'une pareille explication. Néanmoins, M. Velpeau connaît un médecin, dont les yeux sont parfaitement sains, chez lequel les fonctions visuelles s'exercent dans toute leur intégrité, et qui cependant offre ce mouvement continuel.

Sous le point de vue de sa couleur, la cataracte lenticulaire offre aussi quelques variétés qu'il est bon de connaître. Cette couleur peut être jaune, d'un blanc nacré, noire, etc. Je me bornerai à dire quelques mots sur la cataracte noire. Quoique Dupuytren n'en ait pas observé un seul exemple dans sa pratique, il n'en est pas moins vrai que la science possède assez de faits publiés par des observateurs dignes de foi pour qu'il ne puisse plus rester de doute à ce sujet. M. Roux a opéré, l'année dernière, une jeune fille dont le cristallin a été trouvé noir. M. Velpeau a été à même de constater deux fois le même fait sur deux femmes qu'il a opérées à l'hôpital de la Pitié. Chez l'une d'elles, non seulement le cristallin était noir, mais encore la capsule.

2. *Cataracte capsulaire.*—Quoi qu'on en ait dit, cette espèce de cataracte est plus fréquente que la précédente. D'après Dupuytren, la cataracte capsulaire est à la cataracte lenticulaire, comme un est à un et demi.

Il est prouvé aujourd'hui, par un assez grand nombre de faits, que l'opacité de la capsule du cristallin peut exister, tantôt sur le feuillet antérieur de cette membrane, tantôt sur le feuillet postérieur, tantôt sur les deux feuillets à la fois;

de là la division suivante : *Cataracte capsulaire antérieure, cataracte capsulaire postérieure, cataracte capsulaire complète.*

La cataracte capsulaire offre une foule de variétés. C'est ainsi que les auteurs admettent des cataractes blanches, jaunes, verdâtres, striées, dentelées, ponctuées, barrées, etc. On trouve dans quelques auteurs des descriptions minutieuses de toutes ces nuances. Mais comme elles n'exercent pour la plupart aucune influence sur le mode de traitement, je me borne à les mentionner ici.

3. *Cataracte capsulo-lenticulaire.* — On trouve ici la réunion de toutes les variétés, de toutes les nuances des deux espèces précédentes. Ne pouvant, en conséquence, que répéter ici ce que j'ai déjà dit, je n'entrerai dans aucun détail.

B. *Cataractes fausses.*— Les causes de cette seconde classe de cataractes sont nombreuses et variées; on les trouve dans les violences simples ou non suivies de division des tissus, dans les violences traumatiques suivies de plaies, dans les inflammations des parties internes de l'œil, dans les maladies internes graves, etc.; en un mot, dans tout ce qui peut contribuer à troubler la transparence des humeurs de l'œil.

M. Velpeau a classé les cataractes fausses en trois espèces principales :

1° *Cataractes fausses par suite de dépôts de matière plastique ou albumineuse, par fausses membranes :* il les nomme cataractes *plastiques* ou *membraneuses ;*

2° *Cataractes par suite de dépôts purulents :* il les nomme *cataractes purulentes ;*

3° *Cataractes par épanchement de sang* : il les désigne sous le nom de *cataractes hématiques.*

A chacune de ces espèces, il rattache trois variétés principales, suivant que le trouble existe ou en avant de l'appareil cristallinien, ou en arrière, ou dans cet appareil lui-même. De là les dénominations de cataracte fausse *antérieure*, cataracte faussse *postérieure*, cataracte fausse *moyenne*. D'après M. Velpeau, les cataractes fausses n'ont pas été convenablement étudiées sous ces trois points de vue.

Cataractes secondaires. — On nomme ainsi les cataractes qui suivent l'opération que réclame cette maladie. Toutes les méthodes, tous les procédés opératoires peuvent également les produire.

Il existe plusieurs espèces de cataractes secondaires. M. Velpeau en admet trois principales :

1° La cataracte purement membraneuse et provenant de l'opacité de la capsule du cristallin ;

2° La cataracte par concrétion de la couche externe de la lentille ;

3° La cataracte par agglomération des lambeaux de la capsule cristalline, des parcelles du corps vitré, de la couche externe du cristallin.

Telles sont les espèces de cataractes qu'il importe de bien connaître.

Symptomatologie de la cataracte. — D'après ce que je viens de dire sur les espèces et les variétés de la cataracte, il est facile de comprendre que les symptômes doivent varier dans

tous les cas, ce qui rend quelquefois le diagnostic très difficile. Pour mettre de l'ordre dans l'examen de ces symptômes, nous étudierons : 1° les signes qui indiquent l'existence d'une cataracte ; 2° ceux qui appartiennent à chaque espèce et aux variétés principales ; 3° ceux enfin qui indiquent qu'il y a complication d'une autre affection.

A. *Signes de la cataracte.*—Ces signes sont de deux ordres : les uns *physiques*, les autres *rationnels*.

1° Signes *physiques* ou *anatomiques* (*objectifs* de l'école allemande).—Ils sont perçus par l'observateur. On voit d'abord au fond de la pupille un léger trouble, offrant une couleur un peu jaune, plus foncée au centre qu'à la circonférence. On a peut être attaché trop d'importance à cette coloration jaune au fond de la pupille. On sait, en effet, que le degré de transparence du cristallin n'est pas le même chez tous les individus. Il n'est pas très rare d'observer des sujets d'un âge avancé, qui ont le cristallin un peu trouble ou de couleur jaunâtre, sans que pour cela les fonctions visuelles soient dérangées en aucune manière. M. Velpeau en a montré plusieurs exemples dans son service à l'hôpital de la Charité, et je pense qu'il est peu de praticiens qui n'aient pas fait la même observation. On le voit, au début les caractères physiques de la cataracte peuvent être trompeurs ; mais plus tard, ils deviennent beaucoup plus manifestes : l'opacité des milieux transparents de l'œil devient de plus en plus prononcée ; elle est grisâtre, blanchâtre, brunâtre, nacrée, resplendissante. Nous avons même vu que c'est sur

ces différences de couleurs qu'on a établi des variétés de la maladie. Alors, les caractères sont si tranchés qu'il n'est plus possible de tomber dans aucune méprise. Je ne pousserai pas plus loin ces considérations, sur lesquelles nous allons revenir en traitant du diagnostic différentiel.

2° Signes *rationnels* ou *physiologiques* (*subjectifs* des Allemands).—Ces signes se tirent des renseignements que fournit le malade, de l'étude des phénomènes qu'il éprouve ou qu'il doit éprouver, et dont il rend un compte plus ou moins exact; ils consistent surtout dans les troubles de la vision. La vue s'obscurcit insensiblement; les malades croient avoir devant les yeux un nuage qui s'épaissit de plus en plus, ou bien il leur semble que des corpuscules, des toiles d'araignées, des flocons de neige, voltigent dans l'atmosphère. Ils voient mieux dans certaines positions que dans d'autres; ils aperçoivent généralement mieux les objets de côté qu'en face, et à l'ombre ou le soir, qu'au soleil ou pendant le jour. Il est assez facile de se rendre compte de ces derniers phénomènes. Nous verrons, en effet, que lorsque la cataracte se développe insensiblement et qu'elle est lenticulaire, l'opacité débute ordinairement par le centre et s'étend progressivement vers la circonférence; dès lors il est tout naturel que les malades voient mieux quand la pupille est dilatée que lorsqu'elle est resserrée. Il est inutile de dire que le grand jour et une vive lumière ont pour effet de rétrécir l'ouverture pupillaire.

Lorsque les malades regardent un objet brillant, une bougie allumée par exemple, ils aper-

çoivent autour de cet objet une auréole brouillée, nuageuse.

Tel est le début de la maladie; si elle continue à faire des progrès, les fonctions visuelles s'affaiblissent graduellement. Les malades ne voient plus qu'à travers un nuage épais; les petits corps ne sont plus aperçus, plus tard les volumineux s'obscurcissent, et ils finissent par n'être plus perçus que dans leurs mouvements. Tous ces symptômes s'accroissent et marchent ordinairement avec une certaine régularité; ils sont quelquefois accompagnés de maux de tête, de douleurs aux paupières, dans l'orbite, dans le globe de l'œil; mais le plus souvent tout cela n'a pas lieu. Je n'en ai rencontré que quelques exemples parmi les cas nombreux de cataracte que j'ai observés à l'hôpital de la Charité. Le plus ordinairement les malades n'éprouvent aucune espèce de réaction, leurs fonctions s'exécutent avec la plus parfaite régularité, et ils finissent par être complètement cataractés sans avoir éprouvé la moindre douleur dans l'œil.

Tels sont les principaux signes rationnels de la cataracte; il faut avouer que s'ils n'étaient pas réunis aux signes physiques, ils n'auraient pas toujours assez de valeur pour pouvoir établir un diagnostic certain. Nous allons, d'ailleurs, revenir sur chacun de ces points.

Toutefois, je ne puis passer outre sans signaler un fait que M. Velpeau a eu plusieurs fois occasion de noter, et sur lequel il a insisté dans ses leçons.

Il arrive quelquefois que lors même que la cataracte est bien évidente et presque complète, les sujets qui en sont affectés voient assez bien,

même pour se conduire. M. Velpeau a observé plusieurs faits de ce genre. Je me bornerai à mentionner le suivant, dont j'ai été moi-même témoin. Dans le courant du mois de mai 1838, un grainetier des environs de Paris vint à pied et sans conducteur à la consultation de la Charité. Il offrait tous les signes physiques d'une cataracte complète; et cependant il put, à notre grand étonnement, distinguer un bistouri, une montre, une pièce de cinq francs et même une grosse épingle.

Chez d'autres sujets, on observe tout le contraire; la moindre opacité du cristallin ou de sa capsule les met dans l'impossibilité de pouvoir distinguer les objets et même de se conduire. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant. Le mois d'avril dernier, un malade, âgé d'environ soixante-huit ans, couché dans la salle Sainte-Vierge (service de M. Velpeau), était affecté de cataracte des deux côtés; l'une était complète et l'autre commençante, et malgré cela il n'y voyait pas mieux d'un œil que d'un autre. Cependant il nous fut facile de nous convaincre qu'il n'existait aucune complication capable de nous rendre compte de cette différence.

Caractères différentiels des espèces de cataracte.—C'est ordinairement par le centre du cristallin que débute la cataracte *lenticulaire;* je dis ordinairement, car elle peut débuter aussi par tout autre point; M. Velpeau en a observé plusieurs exemples. Le corps opaque paraît profondément situé et laisse entre lui et la pupille un espace qu'il est facile d'apercevoir. L'ouverture pupillaire semble entourée d'un cercle noir, large d'environ une demi-ligne, et que l'on dirait faire partie de l'iris; il

ne faut point se méprendre sur ce phénomène, qui n'est autre chose que l'ombre et le reflet de l'iris sur la capsule du cristallin. On n'observe que rarement ce cercle noir, quand la cataracte est capsulaire.

L'opacité de la cataracte lenticulaire constitue le phénomène le plus caractéristique. En effet, cette opacité est égale, régulière, d'autant plus prononcée qu'on l'examine plus près du centre du cristallin, et va en diminuant graduellement du centre à la circonférence. On se rendra assez facilement compte de cette particularité, si l'on réfléchit que le cristallin diminue d'épaisseur de son milieu vers ses bords. La couleur varie du blanc sale jusqu'au gris; mais elle ne présente jamais ce brillant, ce lustre, qu'on observe si souvent dans la cataracte capsulaire. Il est bien entendu que je mets ici de côté les couleurs prononcées, sur lesquelles on a établi des variétés de la maladie.

Lorsque la cataracte est molle, liquide, laiteuse, on observe des symptômes particuliers, qu'il importe de connaître. La coloration est alors blanche, jaune et quelquefois roussâtre; elle est régulière, et on ne remarque point de zone noire autour de la pupille. La capsule paraît distendue; elle s'avance même souvent vers l'ouverture pupillaire, de manière à former un petit cône en avant; c'est de là que lui est venu le nom de *cataracte pyramidale*. Si la capsule est fortement distendue et qu'elle offre en même temps une couleur d'un gris sale, on peut soupçonner que la cataracte est purulente; si au contraire cette couleur est jaunâtre, on peut croire à une diffluence du cristallin. Mais, hâtons-nous de le dire, on se tromperait bien

souvent si on voulait établir un diagnostic d'après cette seule donnée.

Les signes physiques de la cataracte capsulaire ne sont pas les mêmes dans tous les cas. On peut dire cependant d'une manière générale, que c'est tantôt par le centre, tantôt par la circonférence, ou par tout autre point, que l'opacité débute. On observe au début un pointillé disséminé çà et là, d'une manière irrégulière. L'opacité paraît ici plus rapprochée de la pupille que dans la cataracte lenticulaire. En général, quand cette espèce de cataracte est complète, elle représente une plaque brillante, nacrée. Il n'est pas très rare de la voir bombée en avant; j'ai observé à l'hôpital de la Charité un cas où la capsule faisait presque saillie dans la chambre antérieure. Tels sont les signes généraux; voyons maintenant s'il n'est pas possible de diagnostiquer les trois variétés principales que nous avons admises plus haut.

On a dit que lorsque l'opacité est située profondément et qu'elle représente une surface concave, c'est là un signe que la cataracte a son siége sur le feuillet postérieur de la capsule. Je suis loin de nier la valeur de ce signe; mais je crois qu'il n'est pas suffisant; et c'est ici qu'il convient de nous occuper du moyen imaginé par M. le professeur Sanson, et publiés par MM. Bardinet et Pigné dans le journal l'*Expérience*. Ce travail va nous servir de base; nous en citerons même textuellement la majeure partie.

« Lorsqu'au devant de l'œil d'un amaurotique dont la pupille a été dilatée, soit par l'effet de la maladie, soit par l'action de la belladone, on présente une lumière, on voit très distinctement et constamment trois images de la flamme,

Dans ces trois images, deux sont *droites* et une est *renversée*; elles sont situées en arrière les unes des autres, dans l'ordre suivant :

« La plus antérieure, qui est la plus apparente, est droite;

« La plus profonde, qui est la plus pâle, est droite aussi;

« Et la troisième, située entre les deux, est renversée.

« Cette dernière, qui est plus pâle que l'antérieure, mais plus vive que la postérieure, est la plus petite; elle offre cela de particulier que, dans les mouvements de latéralité ou de circumduction qu'on imprime à la lumière, elle s'écarte des deux autres, pour se porter constamment du côté opposé à la lumière, tandis que les autres suivent un mouvement uniforme et sont toujours en regard de cette dernière. En d'autres termes, si la chandelle est placée au niveau de l'axe de la pupille, les trois images qui sont situées sur le même plan antéro-postérieur, sont masquées les unes par les autres, et on ne voit que la première. Mais si l'observateur, conservant la même position, porte la lumière vers l'angle externe de l'œil, il voit aussitôt les deux images droites, situées l'une derrière l'autre, se porter vers ce côté de l'œil, et la renversée sortir d'entre les deux précédentes et se diriger vers le côté interne. Si on promène circulairement la lumière, les deux images droites se suivent exactement, en décrivant un cercle; elles sont situées toutes les deux en haut, au moment où la lumière s'y trouve, et en bas dès que cette dernière y a été portée. L'image renversée décrit aussi un cercle dans le même sens, mais elle est toujours près de l'une

des extrémités, d'un même diamètre de la pupille, dont les deux images droites suivent l'autre extrémité.

« Ces images sont très difficiles à apercevoir pour celui qui ne les a jamais vues; pour bien les distinguer, il y a quelques précautions à prendre.

« Le malade dont la pupille a été dilatée sera placé, autant que possible, dans l'obscurité, et l'observateur disposé devant lui de manière à ce que la vue plonge dans l'œil soumis à l'examen, en suivant la direction de l'axe du globe oculaire. La lumière sera portée au côté externe de l'œil, de manière à ce que l'image droite antérieure, qui est très grande et très brillante, se trouve au niveau de la partie externe et supérieure de la pupille; on verra alors, pourvu qu'on observe attentivement le fond de l'œil, l'image renversée, qui est située à une ligne environ de la précédente, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du diamètre de la pupille, dont l'image droite antérieure occupe une extrémité. Si on ne l'apercevait pas ainsi, il suffirait de porter doucement la lumière de haut en bas et de bas en haut, en regardant fixement dans le champ de la pupille, et on ne tarderait pas à la voir qui descend et remonte. Quant à la lumière droite postérieure, elle est assez difficile à trouver; elle est beaucoup plus pâle que la renversée, mais elle est plus grande qu'elle. Elle semble située à deux tiers de ligne en arrière de la droite antérieure, dont on dirait qu'elle est l'ombre. Si la lumière est dehors, on doit la chercher en dedans de la droite antérieure, et en dehors, au contraire, si la lumière est du côté de l'angle interne de l'œil.

« Dès qu'on aura vu une fois ces trois lumières, on les retrouvera constamment et sans difficulté, pourvu qu'il n'existe aucun trouble dans l'appareil du cristallin.

« Dans la cataracte, quel que soit le degré de développement de la maladie, ces images manquent. »

A la suite de ces considérations, qu'il présenta dans une leçon clinique, M. Sanson dit qu'il serait important de faire des expériences capables de déterminer quels sont les organes qui produisent ces lumières et quels sont ceux dont l'altération doit faire varier leur nombre et leur position.

MM. Bardinot et Piqué se livrèrent en conséquence à une série d'expériences; voici comment ils en ont exposé le résultat :

« En plaçant une lumière au devant de la surface convexe d'un verre de montre, on voit une image droite de la flamme. Si la lumière est placée au devant de la surface convexe de plusieurs verres de montre superposés, on verra autant d'images droites qu'il y aura de verres, et ces images seront d'autant plus rapprochées que les verres seront plus fins et plus près les uns des autres. Elles seront, au contraire, d'autant plus éloignées que les verres sont plus épais et que la distance qui les sépare est plus grande.

« Placée au devant de la concavité d'un verre de montre, la lumière produit une image qui est toujours renversée; superposez plusieurs verres, et vous aurez plusieurs images renversées.

« Si maintenant on adosse circonférence à circonférence deux verres de montre, de ma-

nière à former une lentille creuse, la lumière objectée rencontrera deux surfaces, une antérieure qui est convexe, et une postérieure qui est concave. On a alors deux images, l'une droite et l'autre renversée. Mais là se présente un phénomène important : l'image droite est produite par la surface convexe du verre qui est situé en avant, et l'image renversée est reflétée par la surface concave du verre placé en arrière, et cependant, dans notre lentille creuse, l'image renversée est située sur un plan beaucoup plus antérieur que l'image droite. Ceci est conforme aux lois de la physique. Tout le monde sait, en effet, que les surfaces courbes qui reflètent une image, la renvoient au foyer de leur courbe; on sait de plus que, pour les surfaces convexes, le foyer est virtuel, et par conséquent situé en arrière du miroir réflecteur, et que, pour les surfaces concaves, le foyer est réel, et par conséquent en avant du miroir. De là il est facile de concevoir pourquoi l'image droite est située en arrière de la renversée. Mais qu'on éloigne les deux verres l'un de l'autre, de manière à ce que le foyer réel de la surface concave soit plus en arrière que le foyer virtuel de la surface convexe, et alors l'image droite sera située en avant de l'image renversée. Les mêmes phénomènes se passent exactement de la même manière quand on place une lumière devant une lentille pleine, et la position relative des deux images variera suivant que les deux surfaces de cette lentille seront plus ou moins bombées.

« Si maintenant on place un verre de montre devant une lentille, on aura trois images de la lumière, savoir : deux droites, produites, l'une par le verre de montre, l'autre par la surface

antérieure de la lentille ; et une renversée, produite, comme on sait, par la face postérieure de la lentille. La position de ces trois lumières variera suivant que le verre de montre sera plus ou moins rapproché de la lentille. La renversée sera toujours (sur une lentille ordinaire) en avant de la droite, produite par cette même lentille; mais l'image renversée pourra se trouver au niveau ou en avant même de celle qui est produite par le verre de montre, si ce dernier est trop rapproché de la lentille. »

Appliquant le résultat de ces expériences à l'explication du fait énoncé par M. Sanson, MM. Bardinet et Pigné en ont déduit les conclusions qui suivent :

« La cornée et l'appareil du cristallin suffisent pour la production de ces trois images.

« La droite antérieure est produite par la cornée, la renversée est réfléchie par le segment postérieur de la capsule, et la droite postérieure par son segment antérieur.

« Si l'humeur aqueuse vient à disparaître de manière à rapprocher la cornée du cristallin, l'image renversée, qui, dans l'état normal, est la moyenne, pourra se trouver la plus antérieure.

« Si ces trois images viennent à manquer, c'est que la cornée transparente sera assez opaque pour empêcher les rayons lumineux d'arriver à l'appareil du cristallin.

« Si deux images manquent, ce ne pourra être que les deux profondes; car il est impossible que l'une d'elles se produise sans qu'on aperçoive celle qui serait nécessairement produite par la cornée restée transparente.

« Si une seule image manque, ce sera toujours la renversée; car si c'était l'une des droites, il en résulterait que le trouble qui déterminerait son absence empêcherait nécessairement la lumière d'arriver à la seule surface capable de produire l'image renversée.

« Si enfin les trois images existent, c'est qu'il n'y a pas de trouble dans l'appareil du cristallin; et si cependant il y a un trouble dans la vision, il faut en chercher la cause plus profondément.

« Ainsi, en résumé, l'opacité de la cornée détruit les trois images.

« L'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux images postérieures.

« Et l'opacité de la capsule postérieure empêche l'image renversée seule de se produire.

« Si l'appareil du cristallin est enlevé, les deux images qu'il produirait manqueront; il ne restera plus que la droite antérieure.

« Mais si le cristallin est enlevé, et si le segment postérieur de la capsule intacte reste en place, on verra deux images : la droite antérieure et la renversée. »

Des faits pathologiques et des expériences nouvelles sont venus, les uns confirmer, les autres compléter ce que MM. Bardinet et Pigné avaient avancé.

M. Sanson s'est livré, de son côté, à des recherches avec ces mêmes instruments qui pouvaient représenter jusqu'à un certain point l'œil à l'état normal, puis avec d'autres appareils destinés à simuler les diverses opacités dont le cristallin et ses annexes peuvent être le siége.

Ayant fait construire en verre toutes les

pièces dont se compose l'organe de la vision, ce professeur a fait d'abord les mêmes expériences que ses élèves, et est arrivé aux mêmes résultats; puis, ayant fait dépolir certaines surfaces, il a cherché à voir comment les images se comporteraient dans la cataracte capsulaire postérieure, dans la cataracte lenticulaire et dans la cataracte capsulo-lenticulaire; il a constaté :

1° « Que, si l'on dépolit la surface postérieure d'une lentille, on ne voit qu'une seule image droite;

2° « Que, si la surface convexe d'un verre de montre est dépolie, on voit toujours l'image renversée.

« Du premier de ces faits on peut conclure que l'opacité du feuillet le plus postérieur du cristallin empêche nécessairement la production de l'image renversée;

« Du second, on peut conclure que, si la capsule cristalline avait une épaisseur qui permît à l'opacité de n'envahir que sa partie postérieure, on aurait l'image renversée; mais cette membrane est si mince et si homogène, qu'il est impossible d'admettre qu'une moitié seule de son épaisseur puisse se prendre, tandis que l'autre resterait intacte. D'où il résulte que dans l'opacité de la capsule, quel que soit son développement, l'image renversée doit manquer.

« Il a été dit plus haut qu'en superposant deux verres de montre, on aura deux images, dont l'éloignement sera toujours en rapport avec celui des verres. Ce fait, qui n'a pas besoin de démonstration, a déjà trouvé une application. M. Pasquet (thèse, Paris, 17 août 1837, n° 317) a vu que chez le bœuf, dont la capsule est sépa-

rée du cristallin par une grande quantité d'humeur de Morgagni, il y avait cinq images : trois droites, produites, l'une par la cornée, l'autre par la capsule, et la troisième par la face antérieure du cristallin; et deux renversées, reflétées, l'une par la surface postérieure du cristallin, et l'autre par la capsule postérieure. Faisant à l'homme l'application de ce fait, on se demande naturellement : si le cristallin qui est séparé de la capsule par un peu de liquide reste sain, pendant que sa membrane est opaque, comment se fait-il que sa surface postérieure ne produise pas une image renversée? »

Il est difficile de le dire; mais ayant eu occasion d'observer une cataracte capsulaire postérieure, MM. Bardinet et Pigné se sont assurés qu'il n'y avait pas d'image renversée.

En comparant ce qu'on observe dans ces expériences avec ce qu'on voit dans l'œil, on est frappé d'une chose, c'est de l'éclat et du volume considérable des images produites par les lentilles, et de la faiblesse et de la petitesse de celles qui sont reflétées par le cristallin. A quoi peut tenir cette différence? M. Pasquet en a cherché l'explication par voie d'expérimentation. Il a placé son appareil sous l'eau, ou bien encore, il a mis une petite lentille entre deux verres de montre, et le reste de l'intervalle a été rempli d'eau. Il a vu alors manifestement les images postérieures perdre la plus grande partie de leur éclat, devenir d'une pâleur qui les fait ressembler plus exactement à celles de l'œil.

Voici comment il explique ce fait : « La plus grande partie des rayons lumineux incidents

étant réfractée, ce n'est qu'une minime quantité qui se trouve réfléchie, et, dans cette quantité, il n'en arrive que très peu au cristallin, puisque la presque totalité est réfléchie par la cornée et qu'une partie du reste est absorbée en traversant les milieux de l'œil. »

Cette explication pourra ne pas satisfaire tous les esprits; aussi, ne doit-on attacher d'importance qu'au fait, qui est incontestable, c'est-à-dire l'état des images. M. Sanson, du reste, a fait l'expérience suivante qui donne l'explication de la petitesse et du peu d'éclat de ces images.

« En plaçant une lentille derrière un verre de montre, de manière à simuler le cristallin derrière la cornée, puis, plaçant une lumière entre le verre de montre et notre œil, il était facile de voir la lumière reflétée en arrière de la lentille sur un corps capable d'en recevoir l'image. Cette dernière, bien que renversée et très apparente, offrait des bords lumineux qui, au lieu de cesser brusquement, s'éteignaient insensiblement, à peu près comme l'ombre que produit un corps opaque exposé au soleil. Si maintenant on plaçait, entre ce verre de montre et la lentille, une carte percée d'une ouverture circulaire, de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes, et représentant l'iris entre la cornée et le cristallin, l'image de la lumière qui était projeté en arrière de la lentille devenait plus faible, plus petite, et ses bords tranchaient au vif sur le corps qui la recevait. »

Ce fait a conduit MM. Bardinet et Pigné à l'expérience suivante, qui du reste n'en est que le corollaire.

« En plaçant une lumière au devant d'une lentille, on voit, comme nous l'avons dit plus haut, deux images d'une certaine étendue. Si entre la lumière et la lentille, on place une carte percée d'une ouverture, et si on regarde par cette ouverture, on voit les deux images, mais elles ont perdu de leur éclat et elles ont diminué considérablement. A égale distance, plus l'ouverture faite à la carte est petite, et moins ces images sont grandes et vives.

« Sur un œil dont on a enlevé l'iris, les deux images produites par le cristallin sont beaucoup plus grandes que celles qu'on apercevait dans le même œil avant l'ablation de l'iris.

« D'où on peut conclure que l'iris exerce une influence directe sur le volume et sur l'éclat des images produites par l'appareil du cristallin. Peut-être est-ce pour cela qu'il faut que la pupille soit préalablement dilatée pour que ces images soient bien visibles. »

M. Pasquet, dans des expériences fort intéressantes qu'il a faites sur des cataractes qu'il produisait artificiellement, est parvenu aux résultats suivants.

Si on rend opaque le segment postérieur de la capsule, l'image renversée manque. Si on produit cette opacité sur la capsule antérieure, l'image droite postérieure disparaît.

Si le cristallin et la capsule postérieure restent intacts, et que la capsule antérieure soit opaque, les deux images profondes manquent.

Si le cristallin et la capsule postérieure sont opaques, tandis que la capsule antérieure est seule transparente, on a toujours l'image droite postérieure.

Tels sont les résultats fournis par l'expérimentation, et que des faits cliniques sont venus confirmer. Ces faits ne sont pas encore très nombreux, il est vrai, mais ils montrent tout le parti qu'on peut tirer du moyen imaginé par M. Sanson pour éclairer le diagnostic de la cataracte.

Il me resterait maintenant à parler des signes qui sont propres à chacune des variétés de la maladie qui nous occupe; mais ces détails me conduiraient évidemment trop loin. D'ailleurs, les mots dont on se sert pour exprimer chacune des nuances de la cataracte indiquent assez ce dont il s'agit. Il n'est personne en effet qui, à la seule dénomination de cataracte *noire*, *barrée*, *réticulée*, en *étoile*, etc., ne devine les symptômes qui caractérisent l'affection. Je crois donc pouvoir passer outre sur ce point.

Symptomatologie des cataractes fausses. — Les cataractes fausses sont loin d'avoir des signes identiques; c'est pourquoi je vais dire quelques mots sur les symptômes qui caractérisent les trois espèces principales dont j'ai déjà parlé.

La *cataracte fausse membraneuse* survient ordinairement à la suite d'une cause appréciable, d'une inflammation, d'une plaie, et de toute espèce de violence extérieure. Elle se présente sous l'aspect de points opaques, disséminés d'abord, se rassemblant et s'agglomérant ensuite pour constituer une pellicule, une espèce de voile légèrement opaque, un nuage assez régulier qui devient de plus en plus épais, placé au devant de l'appareil cristallinien, derrière la pupille, ou dans cette ouverture, et quelquefois même au devant d'elle. Ces seuls signes empêchent de confondre cette cataracte avec celle de

la capsule du cristallin. Il suffit de regarder l'œil par côté pour éviter toute méprise à ce sujet.

La *cataracte fausse purulente* ne représente pas, comme la précédente, une pellicule, une membrane, une espèce de voile. Ce sont des grumeaux plus ou moins volumineux, plus ou moins opaques, situés derrière la pupille ou même dans cette ouverture, qui est le plus souvent déformée, auguleuse et adhérente à la petite masse morbide. L'iris est immobile. Cette espèce de cataracte est le résultat d'un hypopion dont la matière purulente n'a pas été résorbée en totalité.

Les *cataractes hématiques* sont quelquefois très difficiles à reconnaître. L'opacité n'est pas ici très caractéristique; et il est assez facile de la confondre avec la teinte naturelle du fond de l'œil. Cependant les signes commémoratifs, les antécédents, sont d'un très grand secours. Ainsi lorsqu'à la suite d'un coup, d'une chute, d'une violence extérieure quelconque sur l'œil, la vue se trouble, et qu'elle reste dans cet état après la cessation des phénomènes inflammatoires, il est à présumer que quelque vaisseau de l'intérieur de l'œil a été déchiré et qu'il s'est fait un épanchement de sang qui obstrue le passage des rayons lumineux. On sera d'autant plus fortifié dans ce soupçon que le champ de la pupille ne sera pas net. Un fait digne de remarque, c'est que, dans cette espèce de cataracte, les malades jouissent dans la plupart des cas d'une vue passable.

Symptomatologie des cataractes secondaires. — Ces cataractes sont très faciles à reconnaître.

Elles surviennent, comme je l'ai déjà dit, après l'opération de la cataracte soit par abaissement, soit par extraction. Tantôt, en effet, l'affection est causée par la réascension du cristallin abaissé, tantôt par des débris, soit de la capsule, soit du cristallin, soit du corps hyaloïdien lacéré. Je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails à ce sujet.

Complications de la cataracte.—Ne pouvant pas entrer ici dans tous les détails que comporte une pareille question, nous dirons d'une manière générale que toute condition pathologique qui tend à modifier ou à aggraver l'état d'un œil cataracté, constitue une complication à sur-ajouter à la maladie principale. On comprend donc que toutes les altérations morbides de l'œil devront être prises ici en considération. Nous reviendrons d'ailleurs assez souvent sur ce sujet en nous occupant du traitement de la cataracte.

Traitement de la cataracte.

Quoique la thérapeutique de la cataracte repose dans la très grande majorité des cas sur les moyens chirurgicaux, on aurait cependant tort de nier d'une manière absolue l'efficacité de tout autre traitement. La science possède maintenant plusieurs faits authentiques qui ne laissent plus de doute à ce sujet. La cataracte peut donc être soumise à deux espèces de traitement, l'un médical, l'autre chirurgical.

Traitement médical ou sans opération. — S'il est difficile de comprendre qu'un cristallin devenu opaque puisse recouvrer toute sa transparence, on conçoit sans peine qu'une fausse

membrane donnant lieu à la formation d'une cataracte fausse puisse être résorbée en partie ou en totalité, ainsi qu'on l'observe dans d'autres parties du corps. On comprend en outre qu'une opacité du cristallin et surtout de sa capsule, produite par une inflammation, puisse disparaître avec la phlegmasie, ainsi qu'on l'observe sur la cornée dans les cas de kératite diffuse. M. Velpeau a vu une cataracte membraneuse traumatique disparaître complètement sans qu'on eût soumis le malade à aucune espèce de traitement. Dans un autre cas, il a vu également disparaître la maladie; mais le malade fut soumis à un traitement antiphlogistique. M. Luzato parle d'un malade qui, affecté depuis longtemps de cataracte, en fut guéri par une violente inflammation de l'œil. On trouve dans les auteurs plusieurs autres guérisons.

M. Velpeau a observé des cataractes lenticulaires qui ont guéri spontanément. Plusieurs autres chirurgiens ont aussi fait la même observation. On a expliqué quelques unes de ces guérisons spontanées par la rupture du feuillet antérieur de la capsule cristalline. La lentille s'échappe alors hors de son sac et passe dans la chambre antérieure où elle se dissout. On serait dans l'erreur si on croyait que la présence du cristallin dans la chambre antérieure est toujours innocente. J'ai observé à l'hôpital de la Charité quelques cas où elle a fait naître une vive inflammation. Dans d'autres cas, la dissolution de ce corps ne s'opère que très lentement. Aussi, quelques chirurgiens ont-ils établi en principe qu'il fallait toujours extraire le cristallin lorsqu'il est passé dans la chambre antérieure.

Quoi qu'il en soit, on a imaginé diverses mé-

thodes de traitement pour faire disparaître la cataracte. D'abord, on a eu recours à une foule de remèdes internes plus ou moins insignifiants, que nous ne prendrons pas la peine d'énumérer ici. Plus tard, on s'est attaché, par des moyens plus ou moins directs, à rendre au cristallin la transparence qu'il avait perdue. Mais cette voie est généralement abandonnée ; et on s'est rejeté sur des moyens à opposer à l'irritation que l'on regardait comme la cause déterminante de la maladie. C'est ainsi qu'on trouve dans les annales de la science quelques cas de guérison de la cataracte obtenue par les antiphlogistiques. Mais, je me hâte de le dire, c'est surtout le traitement révulsif que l'on a préconisé. On a employé les révulsifs sur le front, sur le crâne, aux tempes, à la nuque, et on a rapporté plusieurs exemples d'amélioration. C'est M. Gondret qui a conclu des faits qu'il a observés, qu'un certain nombre de cataractes peuvent guérir par cette méthode de traitement. M. Velpeau a fait plusieurs fois l'essai de cette médication, et il dit avoir obtenu, à l'hôpital Saint-Antoine, une amélioration considérable chez un forgeron atteint de cataracte lenticulaire. Le traitement fut très long, il est vrai, puisqu'il dura une année entière ; mais enfin, après cette époque, le cristallin avait considérablement perdu de son opacité et la vision s'exerçait beaucoup plus librement. Toutefois, c'est le seul fait qu'il possède en faveur de cette méthode ; chez tous les autres malades sur lesquels il en a fait l'essai, il n'a jamais éprouvé aucune espèce de succès. Voici, d'ailleurs, la méthode adoptée par M. Gondret : il se sert de la pommade ammoniacale, avec laquelle il détermine successivement une vési-

cation sur le front, le sinciput, les tempes, derrière les oreilles et même sur les paupières; il suspend de temps à autre cette médication pour la reprendre ensuite. Je dois ajouter que, de l'avis même de M. Gondret, cette méthode ne réussit guère que dans les premiers temps de la formation de la cataracte.

On a aussi préconisé les moxas, les sétons, les ventouses sèches, scarifiées, et on a dit être parvenu a arrêter le développement de la cataracte.

On le voit, c'est toujours en définitive par révulsion que ces guérisons se sont opérées; et il deviendrait fastidieux d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet.

Mais, hâtons-nous de le dire, ces guérisons ne font que constituer des exceptions : les cataractes anciennes, capsulaires ou cristallines, réclament par dessus tout un traitement chirurgical.

Traitement chirurgical.—Dès la plus haute antiquité, les chirurgiens ont essayé de détruire la cataracte au moyen d'instruments particuliers. Avant de passer en revue les méthodes et les procédés qui ont été imaginés pour atteindre ce but, il importe de présenter ici quelques considérations sur ce qu'on est convenu d'appeler les *conditions* de l'opération.

Toutes les fois, dit M. Velpeau, que le cristallin et sa capsule sont seuls malades, qu'à part la cataracte, l'organe est dans l'état naturel, et que l'orbite ne renferme rien qui empêche le rétablissement de la vision, que la cataracte, soit vraie ou fausse, par exsudation plastique ou par retour du cristallin à l'état embryonnaire,

lenticulaire, membraneuse antérieure ou membraneuse postérieure, dure ou molle, laiteuse ou gypseuse, barrée, branlante, étoilée, perlée, à trois branches ou centrale, purulente, putride, tachetée ou en treillage, marbrée, sèche ou en gousse, sanguine, dentritique, jaune, grise ou noire, l'opération doit être conseillée. Dans les autres cas, et surtout si elle était compliquée d'infiltration de pus ou de sang dans les vacuoles du corps vitré, on ne la tenterait que comme dernière ressource et en désespoir de cause.

Ces quelques lignes résument parfaitement bien tout ce qui a trait aux indications et aux contre-indications de l'opération de la cataracte. Je crois néanmoins devoir dire quelques mots sur les adhérences, l'amaurose et le tremulus iridis qui constituent les complications principales de la maladie, et qui exercent toujours une influence plus ou moins fâcheuse sur le résultat de l'opération.

En traitant des maladies de l'iris, j'ai insisté d'une manière toute particulière sur les adhérences de cette membrane avec la capsule du cristallin. Je n'y reviendrai pas; je me bornerai à dire ici que, quoique cette complication puisse souvent compromettre le succès, il n'en est pas moins vrai que ce n'est pas là une raison suffisante pour mettre de côté toute opération. Dans quelques cas de ce genre, j'ai vu M. Velpeau détruire avec précaution ces adhérences, et opérer immédiatement après la cataracte avec succès.

L'amaurose, dont nous parlerons bientôt, existe assez souvent conjointement avec la ca-

taracte, et chacun sait que c'est là une complication qui empêche toute réussite. Aussi s'efforce-t-on chaque jour de distinguer ces deux affections. Mais il n'est malheureusement que trop vrai de dire que les efforts des chirurgiens sur ce point n'ont pas encore été couronnés d'un succès complet; il est encore plusieurs circonstances dans lesquelles on doit rester dans le doute. L'opération seule peut le lever.

Quant au *tremulus iridis*, dont je me suis déjà occupé, il est vrai de dire que c'est toujours une complication désavantageuse; mais il ne faudrait pas croire que ce fût là une contre-indication de l'opération. J'ai été témoin de quelques succès obtenus par M. Velpeau en pareil cas. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant : Dans le courant du mois d'avril dernier, un vieillard, âgé d'environ soixante ans, couché au numéro 50 de la salle Sainte-Vierge (hôpital de la Charité, service de M. Velpeau), était affecté d'une cataracte compliquée de *tremulus iridis*. L'opération par abaissement fut pratiquée, et ce malade est sorti de l'hôpital six semaines après; il était complètement guéri de la cataracte, quoique l'iris conservât encore un peu de *tremblement*.

Dans les cas de ce genre, la méthode opératoire à employer, c'est l'abaissement. Il faut se garder, dit M. Velpeau, de faire usage de l'extraction, car on s'exposerait par là à donner issue à l'humeur vitrée.

Ce que je viens de dire se rapporte à l'état local des parties; mais en dehors de ces considérations, il en est quelques autres qui doivent nous arrêter un instant.

L'âge des sujets doit être pris en considéra-

tion. L'enfance présente, sans contredit, beaucoup d'obstacles à l'opération; aussi, avait-on établi en précepte de ne point opérer les enfants, et d'attendre l'âge de raison. Mais depuis quelque temps on est généralement revenu de cette idée; et quand on songe au rôle important que joue l'organe de la vision dans l'éducation des enfants, il est difficile de ne pas admettre, avec un grand nombre d'auteurs, l'utilité de les débarrasser le plus promptement possible de la cataracte. M. Velpeau ne pense pas, toutefois, qu'on doive opérer avant l'âge de dix-huit mois, deux ans.

Chez les vieillards au-dessus de soixante-quinze, quatre-vingts ans, l'opération ne présente pas ordinairement de grandes chances de succès. A cette époque, dit M. Velpeau, la maladie étant une suite presque naturelle de l'âge, l'opération n'est permise qu'autant que les malades la réclament avec ardeur, et qu'ils se trouvent, du reste, dans les meilleures conditions possibles. Je ne veux pas dire par là qu'on ne doive jamais opérer à cet âge; car, quelque courte que doive être encore la vie, ce n'est jamais là une raison suffisante pour ne pas tenter de rendre la vue aux malheureux qui en sont privés. On sait, d'ailleurs, que l'opération n'est pas toujours inutile en pareil cas. J'ai vu M. Velpeau opérer avec un plein succès une femme de quatre-vingt-cinq ans. Ce chirurgien dit avoir obtenu un autre succès chez un homme âgé de quatre-vingts ans.

Lorsque la cataracte n'occupe qu'un seul œil, il est quelques praticiens qui prétendent qu'il faut mettre de côté l'opération. Mais la science possède aujourd'hui assez de faits concluants,

pour dissiper toutes les craintes. Lorsque le sujet, dit M. Velpeau, est jeune et bien constitué, s'il désire ou demande qu'on le guérisse, on doit le soumettre à l'opération, bien que l'un de ses yeux soit tout à fait sain. C'est là, du reste, la pratique généralement adoptée de nos jours.

Lorsque la cataracte a son siége sur les deux yeux, un grand nombre de chirurgiens, Scarpa et Dupuytren, entre autres, conseillent d'opérer d'abord d'un seul côté, et de n'attaquer l'autre œil que quand celui-ci sera guéri. Les raisons sur lesquelles on s'appuie, pour légitimer cette pratique, ne paraissent pas très concluantes à M. Velpeau. « Comme l'opération simple, dit ce chirurgien, ne rétablit pas complètement la vue, même dans les cas les plus heureux; comme les malades aiment mieux supporter de suite, qu'à une certaine distance, les deux opérations; comme l'opération d'un seul côté détermine parfois l'inflammation de l'œil sain aussi bien que de l'œil malade; comme l'opération double offre de nombreuses chances favorables pour l'un des yeux, au moins, si ce n'est pour tous deux, je conclus, avec Wenzel, Demours, Forlenze, Boyer, que, toutes choses égales d'ailleurs, il vaut mieux adopter cette dernière. Aussi, est-ce là la pratique que j'ai définitivement adoptée depuis plusieurs années, dans la plupart des cas.»

Quant à ce qu'on a dit par rapport aux saisons qui sont le plus favorables à l'opération de la cataracte, il est certain que quelques auteurs ont été trop exclusifs. Il est vrai de dire que le printemps et l'automne, à cause de la température qui est alors plus douce et plus égale, sont plus favorables au succès de l'opération de la

cataracte comme de toutes les autres opérations. Mais il n'est pas moins vrai que, à l'aide de certaines précautions, on peut obtenir ces conditions à toutes les époques de l'année, et que la cataracte peut, à la rigueur, être opérée dans toutes les saisons. Néanmoins, il est une circonstance contre laquelle on doit être sur ses gardes: je veux parler des époques d'épidémies graves, de celles surtout qui affectent plus particulièrement les membranes muqueuses. Dans ces cas, il est prudent de remettre l'opération à une autre époque.

Avant de soumettre les malades à l'opération, les anciens faisaient usage d'une foule de préparations, dont la plupart sont complètement négligées par les chirurgiens modernes. De nos jours on se borne, dans les cas ordinaires, à un régime plus ou moins sévère; suivant que le sujet offre des signes de pléthore, d'embarras intestinal, ou une trop grande irritabilité nerveuse, on pratique une saignée; ou bien on a recours à quelques laxatifs ou aux anti-spasmodiques. Le vésicatoire est conseillé pour prévenir l'inflammation: Scarpa le plaçait à la nuque, quinze jours avant l'opération; Forlenze aime mieux qu'on l'applique au bras. Je n'ai jamais vu M. Velpeau faire usage de ce moyen dans ces circonstances. Ce chirurgien n'y a recours qu'après l'opération, lorsque des accidents spéciaux en réclament l'emploi. Voici, du reste, la conduite qu'il a adoptée à cet égard: la veille de l'opération, le malade est soumis à une diète sévère; un lavement est ordonné une ou deux heures avant l'opération; il fait instiller entre les paupières une solution d'extrait de belladone, pour dilater largement la pupille. Dans

les cas de pléthore, d'embarras intestinal, ou d'irritation nerveuse, il se comporte comme il a été dit plus haut.

L'opération de la cataracte comprend deux méthodes générales. En effet, toutes les tentatives de l'art consistent en dernière analyse, tantôt à déplacer le cristallin, ou bien à le mettre dans des conditions telles, qu'il puisse disparaître sous l'influence des efforts de l'organisme; tantôt, au contraire, on fait sortir le corps opaque hors de l'œil. Dans le premier cas, l'opération prend le nom de méthode par *abaissement* ou par *dépression*; dans le second, on l'appelle méthode par *extraction*.

A. *Opération de la cataracte par abaissement ou par dépression.*—L'opération de la cataracte par abaissement ou par dépression remonte jusqu'à la plus haute antiquité. On trouve la description du manuel opératoire dans les ouvrages de Celse. Mais depuis assez longtemps cette méthode a subi plusieurs modifications importantes. C'est ainsi que tantôt on se borne à faire basculer le corps opaque, à le renverser; et tantôt on le broie. De là, deux méthodes, l'une dite par *réclinaison* ou par *renversement*, l'autre par *division* ou par *broiement*. De plus, tantôt on pénètre dans l'œil à travers la sclérotique, l'opération prend alors le nom de *scléroticonyxis*; tantôt à travers la cornée, et elle est désignée sous le nom de *kératonyxis*.

L'appareil pour pratiquer l'opération de la cataracte par abaissement se compose d'une ou de plusieurs aiguilles, d'un bonnet ou d'un serre-tête qui embrasse exactement le crâne, d'une compresse longuette pour cacher l'œil sain pendant qu'on agit sur l'autre, d'un linge

troué et enduit de cérat, qu'on applique au-devant des paupières, afin que la charpie qu'on superpose ne touche pas immédiatement la peau, d'une bande de toile assez longue pour faire le tour de la tête, large de quatre à cinq travers de doigt, et offrant dans son milieu et près de son bord libre inférieur une ouverture capable de laisser passer le nez; enfin, d'un bandeau noir, pour recouvrir la bande dont je viens de parler. Il faut, en outre, des épingles, une éponge fine et de l'eau tiède.

Les aiguilles dont on se sert sont en très grand nombre; je ne crois pas aller trop loin en disant que chaque oculiste a, pour ainsi dire, la sienne. Mais hâtons-nous d'ajouter que la plupart d'entre elles ont une si grande ressemblance, qu'il faut une certaine bonne volonté pour pouvoir les différencier. Il est évident que je ne m'occuperai ici que des principales. La plus ancienne, indiquée par Celse, a la forme d'une lance droite, et est longue de deux pouces. Plus tard on fit usage d'aiguilles rondes; mais depuis on est revenu à la forme triangulaire. L'aiguille de Scarpa est une de celles qui sont maintenant le plus généralement employées. Elle est fine, longue de dix-huit lignes seulement, terminée par une pointe un peu élargie, courbée en arc, plane sur sa convexité, et montée, comme toutes les aiguilles à cataracte, sur un manche portant une marque distinctive sur son dos. Dupuytren a supprimé l'arête de la concavité de l'aiguille de Scarpa; elle est plus plane de ce côté que sur le dos, afin d'embrasser plus exactement le cristallin et d'être moins exposé à le diviser. La pointe de l'aiguille dont se sert M. Bretonneau est aussi large que celle de Scarpa, mais elle est plus

courte : sa tige plus fine, presque cylindrique, passe plus librement, il est vrai, à travers la sclérotique ; mais aussi elle expose pendant l'opération à l'écoulement d'une certaine quantité de l'humeur aqueuse.

Les Allemands se servent presque exclusivement de l'aiguille de Beer, qui ne diffère de celle de M. Bretonneau qu'en ce que sa tige est conique et plus épaisse. Une foule d'autres oculistes ont aussi modifié, chacun à leur manière, l'aiguille à cataracte. Mais, comme le dit M. Velpeau, là n'est pas la difficulté principale. Entre les mains d'un opérateur habile, tous les instruments sont bons. Celle que M. Velpeau préfère ressemble beaucoup à celle de Dupuytren avec la seule différence qu'elle est un peu plus recourbée et plus aplatie.

Sclératiconyxis.

Le malade doit être mis dans la position qui s'accorde le mieux avec les habitudes de l'opérateur. On comprend qu'il est pour le moins fastidieux d'établir des règles sur ce point. M. Velpeau fait asseoir les malades sur une chaise, et les opère dans cette position. Un aide intelligent et adroit, placé derrière, fixe d'une main la tête du malade sur sa poitrine, et avec l'indicateur de l'autre main, il relève la paupière supérieure par son bord libre, et la tient ainsi fixée contre l'arcade sus-orbitaire. Pour que la peau ne glisse pas sous son doigt, il a soin de l'envelopper d'un linge fin, sec. L'œil du côté opposé doit être préalablement couvert d'un bandeau. Le chirurgien, placé en face du malade, se sert de la main droite pour opérer l'œil gauche et de la

main gauche pour opérer l'œil droit. On ne doit se servir de la main droite pour opérer des deux côtés que lorsqu'on n'est pas ambidextre. Il est inutile d'ajouter que la position de l'aide et du chirurgien devra varier suivant celle qu'on aura donnée au malade. L'opération se compose de quatre *temps*. Dans le premier, avec l'indicateur correspondant au côté malade, le chirurgien abaisse la paupière inférieure et fixe l'œil. Saisissant de l'autre main l'aiguille comme une plume, il en porte la pointe perpendiculairement sur la sclérotique, à une ligne ou deux de la cornée un peu au-dessous de son diamètre transversal. La concavité de l'instrument est tournée en bas, afin de pénétrer plutôt en écartant qu'en divisant les fibres de la sclérotique. Le manche de l'aiguille, d'abord incliné en bas, est relevé par degrés à mesure qu'elle pénètre dans la chambre postérieure de l'œil. L'opérateur prend alors avec les deux derniers doigts un point d'appui entre la parotide et la pommette.

Le second *temps* consiste à enfoncer davantage l'aiguille, et à la placer de manière que sa concavité regarde en arrière et puisse passer sans risque au dessous, puis au devant du cristallin, sans toucher l'iris ni la capsule lenticulaire. On dirige ainsi l'instrument jusqu'à la pupille. Alors, par de légers mouvements circulaires, on déchire la capsule du cristallin aussi complétement que possible. Cette manœuvre est plus délicate qu'on ne pense. Alors commence le troisième *temps*. L'opérateur applique l'arc de l'aiguille *en plein* sur le corps opaque, qu'il entraîne dès lors par un mouvement de bascule en bas, en dehors et en arrière, dans le fond de l'œil, au dessous de la

prunelle et du corps vitré, où il le tient fixé pendant une minute environ. Ce temps est nécessaire pour permettre aux cellules déprimées du corps vitré de reprendre leur situation naturelle et de s'opposer par là à la réascension de la cataracte.

Dans le quatrième *temps*, on retire l'instrument sans secousse, par de petits mouvements de rotation. On le ramène à la position horizontale, et on lui fait suivre les mêmes voies que lors de son entrée. Il importe, avant de le retirer en totalité, de s'assurer que la cataracte *n'est pas remontée*, car, dans ce cas, il faudrait recommencer les mêmes manœuvres que nous venons d'indiquer, et continuer jusqu'à ce qu'elle ne se relève plus.

Tel est le procédé opératoire adopté par M. Velpeau.

Lorsque la cataracte est molle, l'aiguille la brise, et on ne parvient que rarement à l'abaisser entière au dessous de la pupille. Le plus souvent même cela est impossible. Il faut alors tâcher de pousser dans la chambre antérieure les divers fragments de la cataracte, afin qu'ils se dissolvent et se résorbent dans l'humeur aqueuse. Cette manœuvre est assez facile pour les fragments du cristallin; mais il n'en est pas de même pour ceux de la capsule, et les difficultés sont plus grandes encore quand cette membrane adhère avec l'iris. Dans ces derniers cas, il faut auparavant détruire ces adhérences en ménageant l'iris le plus possible.

Il peut arriver que pendant l'opération, le cristallin passe en totalité dans la chambre antérieure. Cette circonstance n'oblige pas à recourir

à l'extraction. Dans des cas semblables, Dupuytren et M. Luzardi ont traversé avec l'aiguille ordinaire la pupille d'arrière en avant, et sont venus embrocher le cristallin dans la chambre antérieure pour l'entraîner ensuite dans la chambre postérieure. Je dois ajouter qu'on a observé des cas dans lesquels le cristallin est revenu de lui-même dans la chambre postérieure. Il est prouvé d'ailleurs par un grand nombre de faits, que le cristallin peut demeurer dans la chambre antérieure et y être résorbé complétement sans déterminer des accidents graves.

Comme dans la cataracte laiteuse la capsule du cristallin est presque toujours affectée, il convient de porter l'aiguille jusqu'au centre de la pupille, sans toucher à l'enveloppe lenticulaire. Sans cette précaution, le liquide opaque s'épancherait dans l'œil, en troublerait les humeurs, et l'opérateur agirait en aveugle. Toutefois, si cet accident avait lieu, il faudrait simuler autant que possible les manœuvres nécessaires. Ceci s'applique de tous points aux cataractes purulentes.

Dans les cas de cataractes dites *pierreuse*, *plâtreuse*, *siliqueuse*, comme la capsule participe elle-même à cette dégénérescence, il faut l'abaisser en même temps que le cristallin.

J'ai déjà dit que pendant longtemps on a cru que la cataracte avait son siége seulement dans le cristallin. Partant de cette idée, plusieurs chirurgiens, Petit entre autres, imaginèrent l'abaissement de la lentille sans toucher le feuillet antérieur de la capsule. Après avoir enfoncé l'aiguille dans la chambre postérieure, ce chirurgien en inclinait un des tranchants en dehors et

en arrière, ouvrait dans ce sens le corps vitré; il ramenait l'instrument à la partie externe, inférieure et postérieure de la capsule, qu'il déchirait; il accrochait ensuite le cristallin, et le conduisait dans l'épaisseur même du corps hyaloïdien. On vanta ce procédé comme rétablissant plus complétement la vision que le procédé ordinaire, en ce sens qu'en tombant sur une membrane convexe, comme l'est le feuillet antérieur de la capsule laissé intact, les rayons lumineux trouveraient là une espèce de cristallin, et s'apercevraient à peine de l'absence de cette lentille. En conséquence le foyer naturel de la vue serait à peu près conservé, et il deviendrait inutile après l'opération de faire usage de lunettes.

Dans ces derniers temps, un oculiste ambulant, M. Bowen, a imaginé une méthode qu'il appelle *hyalonixis*, et qui est à peu près semblable à celle de Petit. Elle consiste à percer la sclérotique à quatre lignes de la cornée, à traverser le corps vitré d'arrière en avant, puis à ouvrir le feuillet postérieur de la capsule et entraîner ensuite le cristallin sans toucher au feuillet antérieur de l'enveloppe cristalline. D'autres chirurgiens ont apporté des modifications diverses à ce procédé opératoire.

Je ne puis passer outre sans faire observer que si l'on réfléchit, d'une part, que très souvent la capsule antérieure est opaque en même temps que le cristallin, et, de l'autre, que lorsqu'elle ne l'est pas, elle le devient souvent après l'opération, on sera peu porté à faire usage d'un pareil procédé.

Renversement ou *réclinaison*.—Quelques au-

teurs ont prétendu qu'au lieu d'abaisser le cristallin, il vaudrait mieux en opérer le renversement. Il est vrai de dire que cette modification rendrait le manuel opératoire et plus simple et plus facile. Il suffit, en effet, après avoir déchiré la capsule antérieure, d'appliquer l'aiguille vers le bord supérieur du cristallin pour le faire basculer en arrière, de telle sorte que son bord supérieur soit porté en arrière et la face antérieure en haut. Mais il est évident que si on abandonne le corps opaque au-dessous du centre de la pupille, il remontera dans la plupart des cas, ou bien sa présence pourra irriter l'iris et le reste de l'œil, au point de déterminer des accidents; et que si, d'un autre côté, on entraîne le cristallin dans l'épaisseur ou au-dessous du corps vitré, ou rentre dans la dépression ordinaire. Le renversement ne doit donc être qu'un *pis aller,* et jamais un procédé de choix.

Discision ou *broiement.* — Ayant observé plusieurs fois que, soit entier, soit réduit en fragments, le cristallin se dissout et est absorbé, plusieurs chirurgiens, Pott entre autres, ont pensé qu'il n'était pas indispensable d'abaisser la cataracte au-dessous de l'axe visuel, qu'il suffisait de réduire le corps opaque en fragments, ou même de se borner à déchirer sa capsule pour débarrasser les malades de leur infirmité. Quoique l'expérience ait quelquefois confirmé cette idée, il n'en est pas moins vrai que cette dissolution s'opère souvent avec lenteur, et que, en supposant même, ce qui n'est pas prouvé, qu'il y eût quelques avantages à laisser la cataracte se dissiper lentement, ils se trouveraient plus que balancés par les inquiétudes des malades et par la perte de temps. C'est là en définitive un pro-

cédé qui n'est applicable qu'aux cas de cataracte molle ou trop difficile à déplacer.

Toutefois, pour pratiquer cette opération, on peut se servir indifféremment de toutes les aiguilles à cataracte. On peut aussi broyer le cristallin en l'attaqnant, soit par sa face postérieure, soit par sa face antérieure. Il est vrai de dire pourtant que cette dernière voie est préférable, en ce sens qu'on voit mieux ce que l'on fait, et qu'on évite plus sûrement de blesser l'iris.

Je ne puis passer outre, sans mentionner le fait suivant, publié par M. Lowenhardt, dans la *Gazette Médicale* (1838, p. 812): ce chirurgien dit avoir guéri une cataracte en passant un séton au travers du cristallin.

Kératonyxis.

La kératonyxis est loin d'être une opération nouvelle. On en trouve des traces dans les ouvrages anciens; ce qui n'a pas empêché quelques chirurgiens modernes de s'en disputer l'invention. Toutefois, il est vrai de dire que ce n'est guère que depuis le commencement du siècle actuel qu'elle a pris place parmi les opérations régulières.

Pour pratiquer la *kératonyxis*, on fait placer le malade et les aides comme pour la scléroticonyxis; le chirurgien porte la pointe d'une aiguille courbe, celle de M. Bretonneau ou celle de M. Langenbeck, à une ligne environ de la sclérotique; on appuie le dos sur le doigt qui abaisse la paupière inférieure; la fait pénétrer dans la chambre antérieure par la partie inférieure ou externe de la cornée; gagne ainsi la

pupille; tourne alors en bas la concavité de l'instrument, qu'il avait tenu jusque là dans le sens opposé pour éviter la face antérieure de l'iris; ouvre largement la capsule; détache le cristallin; en accroche le bord supérieur, le déprime, le renverse, cherche même à le pousser au-dessous de la prunelle dans le corps vitré, ou, ce qui est mieux, le morcelle, le broie et en abaisse les principaux fragments, quand il ne peut pas les amener dans la chambre antérieure; replace ensuite le dos de son aiguille en bas, et la retire en lui faisant parcourir la même voie en sens inverse de son introduction. Tel est le manuel opératoire décrit par M. Velpeau.

C'est ici surtout qu'il convient de produire préalablement une dilatation étendue de la pupille; car on conçoit que, sans cette précaution, on serait exposé à blesser l'iris. C'est aussi pour éviter autant que possible cet inconvénient, qu'on a généralement proscrit en France les aiguilles droites, et qu'on a conseillé de pénétrer dans la chambre antérieure à quelque distance de la sciérotique, en ayant soin, toutefois, de ne pas trop se rapprocher du centre de la cornée.

Quoiqu'elle ait réussi un assez grand nombre de fois, la kératonyxis n'en a pas moins été abondonnée comme méthode générale par ses plus chauds partisans eux-mêmes. Il est vrai de dire pourtant qu'elle peut être utile dans les cas de cataracte laiteuse, chez les enfants, les sujets indociles, lorsque les yeux sont très mobiles, irritables ou fortement enfoncés. Ce procédé, dit avec raison M. Velpeau, ne mérite une place dans les livres de chirurgie qu'à titre de méthode exceptionnelle.

« Quant à la simple ponction de la cornée, ajoute M. Velpeau, exécutée jadis par Lehoc et plus récemment par M. Wernecke, dans le but de favoriser la dissolution ou l'absorption de la cataracte, on ne possède pas encore assez de preuves en sa faveur pour qu'on puisse la conseiller formellement. Néanmoins, si, comme on n'en peut douter, la décomposition du cristallin, séparé de sa membrane est un phénomène bien plus chimique que vital, on ne voit pas pourquoi l'évacuation de l'humeur aqueuse, une fois saturée de la substance étrangère, ne favoriserait pas la disparition de la cataracte, en permettant aux liquides dont elle est entourée de se renouveler. »

Chez les enfants en bas âge, l'opération de la cataracte par extraction offrirait de trop grands dangers pour qu'on puisse raisonnablement la tenter. En pareil cas, c'est à la méthode dont je viens d'indiquer les principaux procédés qu'il faut avoir recours. La kératonyxis semblerait même devoir être préférée. Quoi qu'il en soit, le plus difficile ici est de contenir convenablement les petits malades.

Quel que soit le procédé mis en usage, les malades opérés de la cataracte par la méthode dont je viens de m'occuper exigent quelques soins. On connaît toutes les précautions minutieuses qu'on a conseillées, et que quelques praticiens conseillent encore à la suite de cette opération. M. Velpeau pense que la plupart d'entre elles sont inutiles. Voici quelle est sa conduite à cet égard dans la plupart des cas : après avoir convenablement essuyé les paupières avec une éponge ou une compresse fine, il se borne à couvrir l'œil avec un simple bandeau qui bride

le nez et qu'il fixe en arrière avec des épingles. L'opéré est transporté sans secousse dans son lit, et couché sur le dos, ayant la tête et les épaules soulevées par des oreillers. Pendant les trois ou quatre premiers jours, il n'ordonne que quelques bouillons ou de légers potages, et, suivant les symptômes qui se développent, il fait usage des antiphlogistiques, ou des révulsifs, ou des purgatifs, etc. Le soin d'entourer le lit des malades de rideaux épais et de couleur lui a paru plus nuisible qu'utile. Lorsqu'aucun accident sérieux ne survient, il ne découvre l'œil opéré que le troisime ou même le quatrième jour, et dans cette première visite, il ne cherche pas à voir jusqu'à quel point la vision est rétablie. Lorsque tout va bien, il donne tous les jours un peu plus de lumière aux malades, de telle sorte que trois semaines environ après l'opération, l'œil reste à nu. Il est inutile d'ajouter que le régime habituel est progressivement rétabli.

Les accidents qu'il faut surtout s'attacher à prévenir et à combattre sont, l'iritis la choroïdite et la rétinite.

B. *Opération de la cataracte par extraction.* —Quoique l'opération de la cataracte par extraction ait été connue et pratiquée depuis plusieurs siècles, il n'en est pas moins vrai de dire que c'est Richter en Allemagne, Wenzel en France, Ware en Angleterre, qui ont décidément fixé les règles de cette méthode opératoire, et qui lui ont donné la simplicité dont elle jouit de nos jours.

L'appareil du pansement est le même que celui que réclame l'opération par abaissement. Les chirurgiens ne sont point d'accord sur la position qu'il convient de donner aux malades.

Sur ce point, chacun a ses habitudes, et ce serait, je crois, à tort qu'on voudrait établir des règles à ce sujet. M. Velpeau préfère la position horizontale; ce chirurgien ne fait que très rarement usage des instruments qui ont été imaginés pour écarter, élever ou abaisser les paupières; le doigt d'un aide intelligent et adroit lui paraît préférable; il met aussi de côté les ophthalmostats. Cependant, je l'ai vu quelquefois faire usage d'un instrument de ce genre, imaginé par lui, et dont M. Estevenet a donné la description dans le *Journal hebdomadaire* (1836, tome 2, p. 147). Ressemblant par son manche au cératotome ordinaire, cet instrument se compose d'une petite plaque d'écaille un peu recourbée sur le plat, et qui représente d'ailleurs la curette de Daviel. Etant parfaitement molle et lisse, cette plaque n'irrite en aucune façon les parties. Aussitôt que la pointe du couteau a traversé la cornée, du côté du grand angle, M. Velpeau glisse cet instrument au dessous, entre elle et la sclérotique, de telle sorte que le tenant là immobile, il met l'œil dans l'impossibilité de se déplacer en dedans, tout en offrant au cératotome un point d'appui, qui lui donne toute liberté de compléter la section de la cornée.

Deux procédés ont été imaginés pour extraire la cataracte. L'un porte le nom de *sclératicotomie*; l'autre est appelé *kératotomie*.

Scléroticotomie.

B. Bell est le premier qui proposa d'extraire la cataracte, en incisant la sclérotique; mais c'est à Earle qu'est due la première opération

de ce genre sur l'homme vivant. Après lui, quelques autres chirurgiens y ont eu recours; mais une pareille idée serait probablement tombée dans l'oubli, si M. Quadri, de Naples, n'était venu fonder sur elle sa nouvelle méthode, qui ne lui aurait procuré que quatre insuccès sur vingt-cinq essais. Voici le procédé de ce chirurgien : avec un kératotome de Wenzel il ouvre la sclérotique à l'angle extérieur de l'œil, à deux lignes de son insertion; cette incision est parallèle au bord de la cornée et de la grandeur du tiers de la circonférence de la sclérotique. Il introduit alors par cette ouverture un instrument en forme de très petite pince, avec lequel il saisit et extrait la lentille opaque, ainsi que la capsule (Carron du Villards, tom. 2, p. 352).

Le premier temps de l'opération, dit M. Velpeau, est moins délicat, expose peut-être à moins d'accidents immédiats que par la méthode ordinaire; il ne doit pas être bien difficile non plus d'accrocher la cataracte; mais comment l'embrasser assez solidement pour la faire passer à travers l'ouverture de la sclérotique sans vider l'œil? Comment croire qu'une si large incision des trois principales tuniques oculaires ne soit pas le plus souvent accompagnée d'hémorrhagie interne, de blessures des nerfs ou des vaisseaux ciliaires, et suivie d'accidents cent fois plus graves que ceux qui surviennent après l'ouverture de la cornée transparente?

Kératotomie.

Les instruments mis en usage pour pratiquer la kératotomie ont beaucoup varié; il s'en faut que de nos jours ils soient les mêmes pour

tous les opérateurs. Sans entrer dans aucun détail sur ce point, je dirai que les instruments nécessaires sont, un *couteau* à *cataracte*, celui de Wenzel, ou mieux encore, celui de Richter, un peu raccourci, tel que Beer l'a recommandé; une curette en argent dite de Daviel; de petites pinces et de très fins ciseaux; enfin, un kystitome ou simplement une aiguille à cataracte.

L'extraction proprement dite, ou la kératotomie, se pratique en trois temps principaux. Dans le premier *temps*, on incise la cornée; dans le second, on ouvre la capsule; dans le troisième, on extrait le corps opaque.

L'incision de la cornée ne se pratique pas toujours dans la même direction et sur le même point de cette membrane; tantôt on incise horizontalement sur sa moitié inférieure; tantôt sur sa moitié supérieure; tantôt enfin, au lieu de traverser horizontalement la cornée, on porte le couteau sur le milieu du quart externe et supérieur de cette membrane, pour le faire sortir au point diamétralement opposé. De là, la kératotomie *inférieure*, la kératotomie *supérieure* et la kératotomie par *incision oblique*.

Kératotomie inférieure.

Procédé ordinaire. — Premier temps. — Le malade et les aides étant convenablement disposés, le chirurgien abaisse la paupière avec l'indicateur, qu'il appuie en même temps sur la caroncule lacrymale, afin de soutenir en dedans le globe de l'œil; saisissant alors le couteau à cataracte comme une plume à écrire, il prend un point d'appui sur l'os de la pommette; présentant

l'instrument à la cornée, la pointe horizontale et le tranchant en bas et en avant, il l'enfonce sans hésiter à travers cette membrane perpendiculairement à son axe, un peu au-dessus de son diamètre transversal et du côté de l'angle externe, à une demi-ligne ou à une ligne au-devant de la sclérotique. Arrivé dans la chambre antérieure, il incline aussitôt le manche de son couteau en arrière, pour que sa pointe n'aille pas blesser l'iris; il pousse ensuite la lame horizontalement, avec fermeté et sans secousses, jusqu'au point diamétralement opposé de la cornée, qu'il perce de nouveau de l'intérieur à l'extérieur; il a bien soin de faire suivre à l'instrument une ligne parallèle à la face antérieure de l'iris, de telle sorte que la demi-circonférence inférieure de la cornée soit naturellement coupée par le renflement du couteau. Cette section doit être terminée avec de grandes précautions et sans exercer la moindre pression. Cela fait, l'aide abandonne modérément la paupière supérieure, et on laisse pendant quelques secondes le malade se remettre de son émotion.

Deuxième temps. — Les téguments de l'orbite étant mollement essuyés, le chirurgien fait relever de nouveau la paupière, en recommandant à l'aide de ne point appuyer sur le globe de l'œil, ou bien il la relève lui-même. Présentant alors de l'autre main le dos du kystitome, au point le plus déclive de la plaie, il pénètre ainsi jusqu'au haut de la pupille, et tournant la pointe de l'instrument en arrière, sa concavité en bas, il parcourt d'un côté à l'autre le demi-cercle supérieur de cette ouverture, de manière à diviser largement la capsule du cristallin.

Lorsque les deux yeux, dit M. Velpeau, doivent être opérés de suite, on en reste là pour le premier, et on n'y revient qu'après avoir ouvert la cornée et la capsule du second.

Troisième temps. — Si le cristallin n'est pas venu s'engager de lui-même dans la chambre antérieure, on en détermine la sortie par des pressions douces et bien combinées. C'est ainsi que l'opérateur appuie l'indicateur gauche contre la partie inférieure de l'œil, tandis qu'avec la main droite, il place en travers sur la paupière supérieure le manche du cératotome, ou le dos de la curette de Daviel, et exécute avec cette tige des mouvements de *va et vient* qui portent sur le globe oculaire, au niveau du cercle ciliaire. Bientôt le corps opaque traverse la pupille et vient se présenter par son bord à la plaie de la cornée, qu'il franchit quelquefois de lui-même, ou bien que l'on retire avec l'aiguille, la curette ou la pointe du couteau, et l'opération se trouve ordinairement terminée.

Si des lambeaux opaques de la capsule, assez larges pour compromettre le succès de l'opération, restaient dans le fond de l'œil, on les saisirait avec des pinces et on en ferait l'extraction. C'est là un quatrième *temps* de l'opération, et il n'est ni le moins difficile, ni le moins dangereux. Tout autre fragment opaque devrait être enlevé de la même manière, si on ne pouvait y parvenir avec la curette; si ces fragments sont petits et placés dans la chambre antérieure, il vaudrait mieux les abandonner à l'absorption que de risquer d'irriter l'œil par des manœuvres trop répétées.

Dans le but de réduire l'opération à sa plus simple expression, Guérin et Dumont imagi-

nèrent chacun un instrument qui devait, par un mécanisme ingénieux, tenir les paupières écartées, fixer le globe de l'œil, et compléter d'un seul coup l'incision de la cornée. Mais comme ces instruments sont restés complétement en dehors de la pratique générale, je ne m'arrêterai pas à en présenter la description.

Je ne crois pas devoir passer outre sans exposer ici avec quelques détails un nouveau procédé opératoire imaginé tout récemment par M. le docteur S. Furnari, et désigné par lui sous le nom de *kératotomi-kystotritie*. Les instruments nécessaires pour pratiquer cette opération sont, un *kératotome à double lance* et un kystotriteur. Le premier de ces deux instruments consiste en une lance ordinaire, terminée par une autre petite lance de la forme d'une aiguille à cataracte. La grande lance présente deux faces très minces à leur extrémité et plus volumineuses vers la partie qui correspond à la tige de l'instrument, afin d'empêcher la sortie prématurée de l'humeur aqueuse. Les bords de cette lance sont très tranchants depuis la base jusqu'au sommet, qui est séparé de la petite lance par un espace de trois millimètres et demi de longueur et de deux millimètres de largeur.

La petite lance, qui ressemble un peu à l'aiguille de Dupuytren, est légèrement courbe, et sert à inciser la capsule du cristallin tandis que la grande lance incise la cornée.

Le kystotriteur est formé d'une pince à double bascule, montée sur un manche légèrement aplati, dans lequel sont renfermés les deux points d'appui qui servent mutuellement à fermer

la pince. Les branches de cette pince, qui sont courbes sur leur plat, se réunissent au centre de leur longueur par une seule articulation. A six lignes de distance de cette articulation, il y a une goupille fixée d'un côté et s'engageant dans l'autre, pour bien maintenir les parties en rapport et empêcher le chevauchement. Deux ressorts sont placés en dedans pour tenir la pince constamment ouverte. Chacune des branches de la pince est terminée par une cuillère légèrement convexe et dentelée sur ses bords; une des cuillères est terminée par une petite griffe qui est reçue dans la contre-partie; le corps des cuillères est percé de petits trous.

Voici le procédé opératoire indiqué par M. Furnari : tout étant convenablement disposé comme dans le procédé ordinaire indiqué plus haut, l'opérateur saisit le *kératotome à double lance* comme une plume à écrire et en présente de plat la lance la plus petite à la cornée, puis il l'enfonce à la partie externe dans son point central à une ligne environ au devant de l'insertion de cette membrane à la sclérotique. L'instrument est poussé en avant dans la direction d'une ligne qui, partant du point primitivement attaqué, se rendrait au centre de la pupille. Quant la petite lance est arrivée à ce point, l'incision pratiquée à la cornée est suffisamment étendue, il ne reste plus qu'à attaquer la face antérieure du cristallin en y pratiquant une incision à zigzag; on retire alors l'instrument en lui faisant suivre la même direction que celle qu'il avait suivie pour son introduction. Le premier temps de l'opération achevé, on introduit dans l'ouverture que l'on a faite à la cornée le kystotriteur fermé, que l'on pousse jusqu'au cris-

tallin. Arrivé à ce point, on laisse ouvrir l'instrument et l'on saisit le corps opaque; la plus légère traction suffit pour le retirer. Si la cataracte est molle, on en extrait tout ce que l'on peut, le restant est broyé sur place par la pression que l'on donne aux mors de la pince. Si le cristallin est dur, très volumineux, et qu'il trouve de la difficulté à sortir par l'ouverture faite à la cornée, en poussant la pression des pinces au plus haut point, le cristallin sera écrasé, divisé en plusieurs morceaux, dont on opérera facilement l'extraction. Il serait inutile de chercher, dit M. Furnari, les petits fragments, l'action absorbante de l'humeur aqueuse les détruit en peu de temps. Si l'on aperçoit dans le centre pupillaire quelques fragments de capsule, il faut les extraire avec soin.

Dans le cas où le cristallin aurait de la tendance à fuir au devant de l'instrument et à se jeter dans le corps vitré, il faudrait achever l'opération par la *kératotomi-réclinaison*, et renverser le cristallin dans la chambre postérieure, en ayant soin de le placer autant que possible dans la partie postérieure externe de l'éponge hyaloïdienne. Le kystotriteur étant coudé et courbe sur le plat, se prête facilement à cette dernière manœuvre.

Tels sont les détails publiés tout récemment par M. Furnari. Je n'ai pas cru pouvoir mieux faire que de citer ses propres paroles. Quant aux avantages que ce jeune chirurgien attribue à sa méthode, ils nous paraissent réels. Mais chacun sait que sur ce point l'expérience seule peut faire pencher la balance.

Kératotomie supérieure.

Busnau, de Tournay, paraît être le premier qui a incisé la cornée par sa partie supérieure. Ce fut sur un officier des gardes françaises qu'il fit cet essai ; mais il eut soin de recommander à ses successeurs de ne pas l'imiter (Carron du Villards). Plus tard, Wenzel suivit le même procédé et dit s'en être très bien trouvé. Lorsque la demi-circonférence inférieure de la cornée est opaque ou altérée d'une manière quelconque, la section en devient d'abord assez difficile dans certains cas, et la plaie se trouve dans de mauvaises conditions pour la cicatrisation. De plus, quoique saine, cette membrane peut être très petite, de telle sorte qu'il est nécessaire d'en inciser plus de la moitié pour obtenir une ouverture suffisante. C'est dans ces cas que Wenzel et Richter conseillent la kératotomie supérieure. B. Bell est allé plus loin ; il en a fait la proposition formelle même pour les cas ordinaires. D'autres chirurgiens l'ont mise en pratique. Mais, il est vrai de dire que personne avant M. Jœger n'avait réuni un assez grand nombre de faits recueillis sur le vivant pour fonder sur elle une méthode générale. C'est sans doute sous ce point de vue que M. Sichel appelle M. Jœger l'inventeur de la kératotomie supérieure.

Quoi qu'il en soit, pour s'opposer à la tendance qu'a l'œil de se porter en dedans ou bien de se renverser sous la paupière supérieure, le professeur de Vienne a imaginé un cératotome formé de deux lames un peu moins grandes l'une que l'autre, appliquées face à face. En pressant sur un bouton latéral, on en fait glisser

la petite pièce sur la grande, comme si on ouvrait un canif à coulisse. Voici comment on opère avec cet instrument : le malade et les aides étant placés comme il a été dit plus haut, le chirurgien saisit le cératotome double comme une plume à écrire, en tourne le tranchant en haut, traverse la chambre antérieure parallélement à son axe transversal, en se conformant d'ailleurs aux préceptes indiqués pour la kératotomie inférieure. Cela fait, il ramène le globe oculaire à sa position naturelle, l'abaisse même un peu s'il est nécessaire, et le fixe avec la pièce la plus large du couteau, pendant que l'autre lame, mise en jeu par le pouce de la même main, opère la section de la cornée en glissant de sa pointe vers sa base.

Dans l'espace de six mois, M. Jœger dit avoir pratiqué quarante fois l'extraction de la cataracte avec succès à l'aide de son instrument. Cependant M. Grœfe, qui n'a pas été moins heureux que le professeur de Vienne, préfère le couteau ordinaire ; et M. Velpeau n'a pas employé d'autre instrument dans les quinze cas où il a tenté ce genre de kératotomie. D'ailleurs, le choix d'un instrument doit être laissé aux goûts et aux habitudes des chirurgiens. Le fait est que la kératotomie supérieure peut être très bien exécutée avec le couteau ordinaire. Quant à l'opération en elle même, elle ne laisse pas d'offrir des avantages réels ; c'est ainsi qu'elle expose moins à blesser l'iris, à la sortie du corps vitré, au décollement de la plaie par le bord des paupières ; mais aussi la manœuvre de tous ses temps est incontestablement plus difficile et moins sûre que dans la kératotomie inférieure. Comment, dit M. Velpeau, aller ouvrir la capsule après coup, si l'œil

se tient relevé sous la voûte de l'orbite? Quel moyen de l'abaisser si la volonté du malade ne suffit pas? Comment diriger la pression, si le cristallin tarde à sortir? Et les accompagnements de la cataracte, croit-on qu'il sera toujours possible de les atteindre? C'est donc en définitive, ajoute-t-il, une méthode d'exception et non de choix, applicable seulement à quelques cas, en supposant même qu'alors il ne soit pas mieux d'avoir recours à l'emploi de l'aiguille.

Kératotomie par incision oblique.

Dans le but d'éviter la piqûre de l'angle interne de l'œil, et surtout pour donner à la plaie de la cornée une direction telle que les paupières ne puissent pas s'engager entre ses lèvres, Wenzel veut qu'au lieu de traverser horizontalement la cornée, on porte le couteau sur le milieu du quart externe et supérieur de la cornée, et qu'on le fasse sortir par le même point de son quart inférieur et interne. Je dois ajouter que c'est ce procédé que suivent en France la majorité des praticiens. Il est vrai de dire qu'il offre des avantages lorsque l'œil est gros et saillant, parce qu'alors le bord palpébral inférieur pourrait bien décoller les lèvres de la plaie; mais dans les autres cas, M. Velpeau ne pense pas qu'on doive le préférer au procédé ordinaire.

J'ai dit plus haut que l'opération de la cataracte par extraction se compose de trois temps principaux. Quelques auteurs, Pellier, Siégerist et surtout Wenzel, ont pensé qu'on pouvait réunir les deux premiers en un seul; c'est ainsi qu'ils ont cru qu'il serait mieux d'ouvrir la capsule du cristallin avec le cératotome, en traversant la

chambre antérieure, que d'y revenir après coup. C'est là même ce qu'on appelle *le tour de maître*. M. Velpeau est loin de vouloir généraliser cette manœuvre; et il est facile de comprendre que, pour des opérateurs moins exercés que Wenzel, ce serait un tour de force, une imprudence qui pourrait avoir ses dangers.

Pansement et suites de l'opération. — Après l'extraction, l'œil opéré exige plus de soin qu'après l'abaissement. Avant de procéder au pansement, il est utile de s'assurer si le malade distingue les objets; car, dans le cas contraire, on pourrait enlever ce qui reste d'opaque dans le champ de la pupille. Cela fait, on essuie les paupières avec une éponge ou une compresse fine, puis on couvre l'œil d'une pièce de linge ovalaire, criblée de trous, et enduite de cérat; on applique par dessus un plaque molle de charpie que l'on recouvre d'un bandeau. Le repos, l'absence de tout mouvement des yeux, doivent être formellement prescrits aux malades. La tête ne doit être que très légèrement élevée. Le régime doit être sévère, et il convient d'exposer l'œil moins promptement à la lumière qu'après la méthode par abaissement.

C'est surtout la fonte de la cornée qu'il importe de prévenir et de combattre très énergiquement lorsqu'elle arrive. Les antiphlogistiques, les purgatifs, les révulsifs cutanés, doivent être employés en pareil cas.

C. *Méthode mixte.—Procédé de M. Quadri.* — La pupille ayant été préalablement dilatée par l'application de la belladone, on traverse la sclérotique avec l'aiguille ordinaire,

et on procède à l'abaissement du cristallin. En même temps on fait pénétrer par la cornée une autre aiguille à laquelle sont jointes de petites pinces avec lesquelles on saisit la capsule du cristallin ; si cette membrane est molle, on la détruit complétement; si elle résiste, on la tire au dehors et on l'extrait par la petite plaie de la cornée. Je n'ai jamais vu M. Velpeau faire usage de cette méthode, et on ne conçoit guère les avantages qu'elle pourrait avoir sur les méthodes ordinaires.

Appréciation.

Que n'a-t-on pas dit et que ne dira-t-on pas encore pendant bien longtemps sur la question de savoir laquelle des deux méthodes, l'abaissement et l'extraction, est la meilleure! Une foule de relevés statistiques ont été faits dans ce but; et cependant il s'en faut qu'on soit arrivé à quelque chose de positif. Ceci ne doit point étonner, car il est évident que ce n'est pas à l'aide d'un pareil moyen qu'on peut obtenir un résultat satisfaisant. Nous ne craignons pas de le dire, c'est là une question qui ne peut pas être résolue d'une manière générale. On n'a guère à alléguer pour l'une ou l'autre méthode que des arguments théoriques, et il est bien reconnu aujourd'hui que dans la pratique l'une et l'autre sont également bonnes. L'important, l'essentiel même pour le praticien, consiste à saisir les indications qui réclament l'abaissement ou l'extraction.

Voyons si l'examen des avantages et des inconvénients principaux de l'une et de l'autre méthode peut nous mettre sur la voie d'une so-

lution, sinon définitive, du moins assez satisfaisante.

« *L'extraction*, dit M. Velpeau, permet d'enlever sûrement et sans retour l'obstacle à la vision. Peu douloureuse, rarement suivie d'inflammation interne, elle n'expose à blesser ni les nerfs ni les vaisseaux ciliaires, laisse intact tout l'intérieur de l'œil, la rétine, la choroïde, le cercle ciliaire, etc. Mais, en la pratiquant, on peut léser, déformer la pupille, faire sortir le corps vitré; si la plaie qui en résulte ne se cicatrise pas par première intention, elle s'ulcère, amène bientôt une procidence de l'iris, quelquefois l'atrophie du globe oculaire, ou du moins une opacité fort étendue de la cornée; les suites en sont longues; il est rare que l'ophthalmie qui l'accompagne se termine avant le quinzième ou le vingtième jour, enfin, elle ne peut pas être mise en usage chez tous les sujets ni à tous les âges.

« *L'abaissement*, continue M. Velpeau, se borne à déplacer le corps opaque, et l'abandonne au sein de l'organe, laisse par conséquent une cause permanente d'irritation dans l'œil, expose à la réascension du cristallin, est fréquemment suivi de cataracte secondaire, d'iritis, de douleurs profondes et de symptômes nerveux généraux. L'aiguille traverse des tissus délicats, blesse néeessairement la choroïde, la rétine, le corps vitré, quelquefois aussi l'iris et le corps ciliaire. Mais, d'un autre côté, il ne donne point issue à l'humeur vitrée, n'expose ni aux taches, ni à l'ulcération de la cornée transparente, ni à la proc dence, ni à l'excision de l'iris, ni à la perte immédiate de l'œil. Dès le lendemain la piqûre qu'il nécessite est fermée, et la conjonc-

tive, qui le plus souvent s'enflamme à peine, reprend ordinairement son aspect naturel au bout de huit à douze jours. Enfin, on peut, à la rigueur, l'appliquer à tous les cas, le recommencer une ou plusieurs fois sur le même organe, sans faire courir de grands dangers aux malades. »

Ces courtes considérations sembleraient de prime abord devoir faire pencher la balance du côté de l'abaissement. Mais qu'on fasse un examen plus approfondi, et on ne tardera pas à se convaincre que la question est loin encore d'être résolue. Certes, *à priori* l'abaissement paraît plus simple et plus facile que l'extraction. Mais, qu'on ne s'y trompe point, pour bien faire cette première opération il ne faut pas moins d'adresse et d'habileté que pour la seconde ; et c'est avec beaucoup de raison qu'on a dit que si les chirurgiens inhabiles préfèrent généralement l'abaissement, c'est bien moins à cause de son apparente simplicité, que parce qu'il ne laisse pas voir aussi clairement leurs fautes que la méthode par extraction.

Toutefois, s'il est vrai de dire que l'énumération des avantages et des inconvénients des deux méthodes ne peut pas résoudre la question d'une manière générale, elle laisse entrevoir du moins les cas où l'une doit être préférée à l'autre. C'est ainsi que, d'après M. Velpeau, l'abaissement paraît devoir l'emporter, par exemple, chez les enfants et les sujets indociles ; quand les yeux sont petits, enfoncés ; lorsque la cornée présente des taches, est petite, aplatie ; que les paupières ou la conjonctive sont malades depuis longtemps ; qu'on a lieu de craindre une vive inflammation des annexes de l'œil ; que la cata-

racte est complétement liquide; que la pupille est resserrée ou l'iris adhérent à la cornée; que l'œil est très irritable. L'extraction offre, au contraire, plus d'avantages chez les vieillards, et même chez les adultes, si la chambre antérieure est large, le cristallin très dur, la cataracte membraneuse ou adhérente, l'œil parfaitement sain, peu sensible et susceptible d'être traversé sans peine par le cératotome.

Toutefois, disons-le en finissant, dans un grand nombre de cas, les deux méthodes peuvent être tentées indifféremment, et le choix en est alors laissé aux habitudes et aux goûts de l'opérateur.

Dans l'époque actuelle, la majorité des praticiens, à Paris surtout, opèrent plus souvent par abaissement que par extraction.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode que l'on emploie, l'un des milieux réfringents de l'œil étant enlevé ou déplacé, il est évident que presque tous les individus opérés de la cataracte doivent porter des lunettes à verres convexes. On a constaté du reste à ce sujet, qu'après l'extraction du cristallin, le corps vitré s'arrondit en avant comme pour remplir le vide qui vient de s'opérer dans l'œil, et diminuer l'importance des lunettes.

On sait en outre que, chez les enfants et les aveugles de naissance, Dupuytren employait avec succès pour l'éducation de leur vue, une ressource fort simple, qui consiste à fixer leurs mains derrière le dos. Les petits opérés se trouvant ainsi privés du tâtonnement, sont réduits à se servir de leurs yeux pour se diriger.

Cataractes artificielles.

L'opération de la cataracte exige de la part des chirurgiens une grande dextérité et une assez longue habitude ; aussi a-t-on depuis bien longtemps senti le besoin de produire artificiellement cette maladie pour pouvoir s'exercer d'avance sur les animaux ou sur les cadavres. Troja en Italie, M. Bretonneau en France, ont fait quelques tentatives pour produire la cataracte à l'aide d'acides étendus. M. Leroy (d'Etioles) a cru mieux atteindre le but au moyen de décharges électriques. Mais personne avant M. Neuner, de Darmstadt, n'en avait fait l'objet d'un travail particulier. Le liquide dont il se sert est une solution de six grains de sublimé corrosif dans un gros d'alcool pur. On remplit de cette solution une petite seringue en verre, garnie de platine, terminée par un syphon très fin, et que traverse, de manière à pouvoir en dépasser les deux extrémités, un stylet extrêmement aigu. Une ouverture préalable étant faite à l'angle externe de l'œil, on y plonge le syphon de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, jusqu'à la face postérieure du cristallin, dans laquelle la pointe du stylet qui sert de conducteur au syphon de la seringue s'enfonce après en avoir perforé la capsule. Dès lors le stylet est retiré, on pousse lentement l'injection, et le cristallin ne tarde pas à prendre une couleur blanchâtre.

Quant aux machines qui ont été imaginées pour simuler sur les yeux des cadavres les principales difficultés qu'on rencontre sur le vivant, il en est de fort ingénieuses, mais elles sont toutes

trop compliquées pour qu'elles deviennent jamais d'un usage général.

MALADIES DU CORPS VITRÉ.

Hyalite.

M. Velpeau ne nie pas d'une manière absolue que la membrane hyaloïde et le corps vitré puissent s'enflammer, mais ce qu'il conteste, c'est que les symptômes qu'on attribue à cette inflammation soient parfaitement caractéristiques. Suivant lui, ce qu'on a dit et écrit à ce sujet s'applique également à la rétinite et à la choroïdite; c'est là, du reste, l'opinion de la plupart des ophthalmologistes modernes. Il pense en outre que la hyalite n'existe jamais isolément, et qu'elle est toujours accompagnée d'une rétinite ou d'une choroïdite. Comme, d'ailleurs, le traitement est le même que pour ces deux dernières inflammations, je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails.

Glaucome.

Les auteurs disent qu'un œil est affecté de *glaucome*, lorsque le fond de cet organe offre une couleur *verdâtre*, *bleu d'eau de mer* ou *jaunâtre*. On a beaucoup discuté, on discute même encore pour savoir quel est le véritable siége de cette maladie; mais il s'en faut qu'on soit parfaitement d'accord. Les uns le placent

dans le corps vitré, d'autres dans la rétine, d'autres dans le cristallin, d'autres enfin dans la choroïde. Des discussions de ce genre ne peuvent point trouver place dans ce livre.

La symptomatologie de cette affection est loin d'être bien dessinée au début : les sujets qui commencent à en être affectés aperçoivent devant l'œil une espèce de fumée, qui se dissipe quelquefois complétement pendant quelques heures pour reparaître ensuite. Mais peu à peu cette fumée devient plus épaisse, et la vue s'affaiblit. On aperçoit alors dans l'intérieur de l'œil un certain degré d'obscurcissement, dont il serait difficile de préciser le siége. Jusque là la pupille conserve encore une grande partie de sa mobilité. Mais bientôt, si la maladie continue à faire des progrès, la vue diminue de plus en plus, la pupille se dilate en conservant sa forme arrondie, ou en revêtant une forme irrégulière, et devient immobile. On aperçoit alors distinctement derrière cette ouverture une couleur nébuleuse d'un noir verdâtre ou vert d'eau, qui paraît manifestement concave. Les malades ne peuvent plus alors distinguer que les objets d'un grand volume. Bientôt l'iris n'offre plus sa couleur naturelle. On a observé que ceux qui étaient bleus prennent une couleur d'un gris sale, tandis que les noirs et les bruns deviennent d'un jaune foncé. Ces symptômes sont souvent accompagnés de douleurs intermittentes plus ou moins vives, qui, au dire de Weller, redoublent ordinairement vers le soir, éprouvent une rémission le matin, et s'exaspèrent communément lorsque le temps devient mauvais, ou que le malade couche sur la plume. Ordinairement alors, il existe un certain degré de photophobie.

A cette période de la maladie, la sclérotique subit aussi des altérations notables dans sa couleur et dans sa résistance, en raison du développement extraordinaire qu'ont pris les anastomoses veineuses qui communiquent avec les plexus de la choroïde (Carron du Villards). Enfin, le cristallin commence à devenir opaque, et alors la couleur verdâtre du fond de l'œil, dont j'ai déjà parlé, et qui constitue le principal caractère de la maladie, devient un peu moins foncée et offre l'aspect d'une surface convexe. A cette période, dit Weller, souvent le cristallin se ramollit, augmente de volume, repousse l'iris en avant, et diminue par conséquent la capacité de la chambre antérieure. Fréquemment aussi l'humeur vitrée est sécrétée en abondance, et les malades éprouvent alors dans le fond de l'œil une douleur tensive. Bien avant le développement de ces derniers phénomènes, les fonctions visuelles sont abolies. On a fait d'ailleurs à ce sujet une remarque importante : c'est que la diminution de la vision n'est point en rapport avec l'intensité de l'opacité ; la vue se trouve totalement abolie alors que l'opacité est encore peu développée.

On le voit par cette courte description, s'il est difficile de diagnostiquer un glaucome au début, il n'en est pas moins vrai que plus tard cette affection offre des caractères assez tranchés pour que, dans la plupart des cas, il soit assez difficile de la méconnaître ou de la confondre avec une autre maladie de l'intérieur de l'œil. La couleur verdâtre du fond de cet organe constitue ici le caractère pathognomonique.

Lorsque le glaucome est parvenu à une période assez avancée, aucune médication ne peut

en arrêter la marche; le pronostic est toujours fâcheux. Peut-être que si on pouvait attaquer la maladie à son début, à l'aide des révulsifs internes et externes, on pourrait entraver sa marche. Mais malheureusement, comme je l'ai déjà dit, il est très difficile et le plus souvent même impossible de la reconnaître dans son principe.

Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de la science, toutes les ressources de la thérapeutique ne peuvent que retarder la marche de la maladie; il n'est pas prouvé qu'elles puissent en triompher. C'est dans ce but qu'on a conseillé les cautères placés sur les apophyses mastoïdes, le séton à la nuque, les mercuriaux à l'intérieur, des saignées révulsives, etc.

MALADIES DE LA RÉTINE.

Rétinite.

L'inflammation de la rétine est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement; tout porte à penser qu'elle complique à des degrés différents toutes les ophthalmies intenses, tant externes qu'internes. Toutefois, il est bien reconnu aujourd'hui par tous les observateurs que la rétine ne s'enflamme jamais sans que la choroïde et l'iris ne participent plus ou moins à l'inflammation. Aussi, dans la description que donnent les auteurs des caractères de la rétinite, trouve-t-on la plupart de ceux qui se rapportent aux phlogoses des deux membranes dont je

viens de parler. Il est pourtant vrai de dire que, lorsque l'inflammation est concentrée d'une manière particulière sur la rétine, la maladie présente un groupe de phénomènes caractéristiques, qui sont dignes de fixer un instant notre attention. C'est assez dire que nous n'insisterons pas longuement sur cette affection, et que nous mettrons de côté une foule de détails qu'on trouve dans beaucoup d'auteurs allemands, et qui ne servent qu'à embrouiller l'esprit sans importance aucune.

La rétinite peut se présenter à l'état aigu et à l'état chronique. Cette division est de la plus haute importance.

Si on réfléchit à la situation profonde de la rétine et aux fonctions importantes de cette membrane, on comprendra facilement que la symptomatologie doit être puisée ici plutôt dans l'ordre des signes physiologiques que dans celui des caractères anatomiques.

La rétinite aiguë est caractérisée par les symptômes suivants : photophobie plus ou moins intense, larmoiement, trouble dans la vision, douleur poignante, qui retentit jusque dans l'intérieur de la tête; hallucinations visuelles, c'est-à-dire, visions de feux, d'étincelles, de traînées lumineuses, etc. Les malades fuient la lumière, car elle augmente considérablement leurs douleurs, et malgré toutes leurs précautions, ils ne peuvent échapper aux photophobies continuelles qui les tourmentent. Pendant la nuit, ils font des rêves effrayants, et ils aperçoivent des spectres lumineux. La pupille est fortement contractée, elle s'oblitère même quelquefois. Lorsque l'inflammation est intense, il n'est pas rare d'observer du délire, quelque-

fois même des convulsions, tout le cortége enfin des symptômes d'une phlegmasie encéphalique. Les praticiens doivent se tenir en garde contre ces derniers signes qui, comme on le comprend facilement, sont d'un très mauvais augure. Ajoutons à ces caractères ceux que nous avons décrits en traitant de la choroïdite et de l'iritis, et nous aurons un tableau à peu près complet des symptômes de la rétinite aiguë.

La rétinite chronique offre les caractères suivants : le malade commence par s'apercevoir que sa vue s'affaiblit, qu'elle se trouble; il ne voit plus les objets qu'au milieu d'un nuage qui s'épaissit progressivement; la lumière le fatigue, il recherche l'obscurité. Parfois aussi il croit voir des étincelles, des traînées de feux voltiger devant lui; mais il faut ajouter que ces phénomènes ne sont ni aussi fréquents, ni aussi prononcés que dans le cas précédent : c'est surtout le soir et le matin qu'on les observe. Les objets ui paraissent plus petits. Il y a peu de larmoiement. La pupille est plus resserrée que dans l'état normal; mais cette contraction est rarement portée très loin.

Une circonstance importante à noter, et que les praticiens ne doivent point perdre de vue, c'est que tous les agents irritants, tels que repas copieux, boissons alcooliques, etc., exaspèrent les symptômes dont je viens de parler, et aggravent par là la position du malade.

Lorsque cet état persiste, il est rare que le tissu de la rétine ne s'altère pas matériellement, et que l'amaurose n'en soit pas la conséquence.

La rétinite peut être en outre primitive ou secondaire.

Quant aux causes de cette maladie, ce sont en

grande partie les mêmes que celles qui donnent lieu à l'inflammation des autres membranes internes de l'œil. Nous devons ajouter toutefois que les plus ordinaires sont toutes celles qui déterminent des congestions sanguines vers la tête. On sait que quelques auteurs, en Allemagne surtout, ont créé à l'égard de cette phlegmasie des entités chimériques. Mais les idées de M. Velpeau sont maintenant assez connues du lecteur pour que je n'insiste pas sur ce point.

La marche de la rétinite varie suivant que l'inflammation est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, il est rare qu'elle persiste au delà de quelques jours sans produire des altérations irrémédiables, ou sans se propager aux tissus circonvoisins, aux membranes du cerveau même, surtout si la phlegmasie est intense. C'est assez dire que la médication doit alors être prompte et énergique. La rétinite chronique, au contraire, peut persister et persiste en effet, souvent pendant un temps plus ou moins long, sans produire des altérations graves. Il est de la plus haute importance, néanmoins, de la traiter convenablement le plus tôt possible; car, lorsqu'elle est un peu ancienne, il est difficile d'en triompher, et j'ai déjà dit que l'amaurose en est ordinairement la conséquence.

Traitement.— La première indication qui se présente naturellement, c'est d'éloigner tout exercice de la fonction visuelle, et de placer les malades dans un endroit peu éclairé.

Quant aux indications thérapeutiques, elles reposent en entier sur les émissions sanguines, générales et locales, les révulsifs internes et externes, les mercuriaux et la belladone.

Lorsque la phlegmasie est aiguë, la saignée doit être employée d'une manière énergique dès le début. C'est dans ces cas que je me suis plusieurs fois convaincu, dans le service de M. Velpeau, des excellents effets de la méthode dite coup sur coup. Quelques auteurs pensent qu'il ne faudrait pas craindre d'user de ce moyen jusqu'à produire la syncope, si cela était nécessaire; on ne sera nullement étonné de ce précepte, si on se rappelle qu'une inflammation des méninges peut facilement survenir. J'ai déjà exprimé les idées de M. Velpeau sur l'artériotomie, je n'y reviendrai pas. Quant aux saignées locales, ce chirurgien préfère les ventouses scarifiées aux sangsues. Il est très utile aussi de faire usage, matin et soir, des bains de pieds aiguisés avec de la soude caustique.

Les mercuriaux unis à la belladone, administrés à l'intérieur, aident singulièrement les bons effets des émissions sanguines; si la phlegmasie est intense, on donne, de deux en deux heures, un demi-grain de calomélas à la vapeur, uni à un quart de grain d'extrait de belladone. Si la maladie résiste, M. Sichel conseille d'augmenter ces doses jusqu'aux prodromes de l'intoxication ou de la salivation. M. Velpeau emploie aussi avec avantage des frictions à la tempe et à la région sus-orbitaire, avec une pommade composée d'onguent napolitain et d'extrait de belladone en parties égales.

Le traitement de la rétinite chronique repose sur les mêmes bases. Il est évident, toutefois, qu'on devra user de la saignée générale avec plus de modération. C'est surtout sur les mercuriaux unis à la belladone qu'il faut insister avec le plus de soin.

Amaurose.

Voici un sujet qui a toujours fait et qui fera bien longtemps encore le désespoir de tous les ophthalmologistes. C'est là une vérité généralement admise et proclamée par ceux-là mêmes qui se sont occupés de l'amaurose d'une manière toute particulière. Depuis quelque temps, une foule de recherches ont été faites, de longs mémoires ont été publiés, et cependant, il faut le dire, la science a fait si peu de progrès, que la plupart des praticiens en sont encore à se demander ce que c'est que l'amaurose. Comme on le pense bien, une pareille question ne peut point être examinée sous toutes ses faces dans un livre de ce genre. M. Velpeau s'en est d'ailleurs si peu occupé dans ses leçons, que je n'oserais assumer sur moi aucune responsabilité sur ce point. Je vais donc me borner à exposer brièvement ce que la science possède de plus précis sur l'amaurose; je m'attacherai surtout aux considérations qui peuvent exercer quelque influence sur la thérapeutique.

Qu'est-ce que l'amaurose? telle est la question qu'il eût été important de résoudre avant d'aller plus avant, et cependant je ne crois pas qu'on soit arrivé à quelque chose de positif à ce sujet. Toutes les définitions présentées par les auteurs sont plus ou moins vicieuses. La raison en est facile à saisir : l'amaurose n'étant pas une maladie, mais consistant dans un groupe de symptômes qui se rapportent à une foule de maladies diverses, il est évident qu'on ne peut guère en donner une définition exacte. Quoi qu'il en soit, nous n'exigerons pas de la science plus qu'elle

ne peut fournir, et nous dirons que l'amaurose consiste dans la perte complète ou incomplète de la vision, état dépendant d'une abolition ou d'une suspension du sentiment de la rétine.

L'amaurose n'envahit pas toujours les deux yeux à la fois, le plus ordinairement même elle débute d'un seul côté. Quelques observateurs, Beer entre autres, ont noté qu'il n'est pas rare de voir un œil rester sain, tandis que celui du côté opposé est complétement perdu. Wardrop a fait à ce sujet une remarque importante : il a cru pouvoir établir qu'en général lorsque l'amaurose est le résultat d'une affection organique d'un œil, la vue du côté opposé ne tarde pas à être atteinte, tandis qu'il n'est pas rare de voir une amaurose sympathique d'une affection étrangère à l'œil persister d'un seul côté sans altérer l'organe du côté opposé. Quoi qu'il en soit, nous devons ajouter que l'amaurose finit ordinairement par envahir les deux yeux.

Lorsque l'amaurose est incomplète, c'est-à-dire, lorsque les malades peuvent encore distinguer les objets, elle prend le nom d'*ambliopie*. Cet état d'affaiblissement de la vue peut rester stationnaire pendant le reste de la vie; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi; après un temps plus ou moins long, la vue finit ordinairement par être totalement abolie. L'*ambliopie* est désignée elle-même par des noms différents, suivant les formes particulières qu'elle affecte; c'est ainsi qu'on l'appelle *hémiopsie*, lorsque les malades ne voient que la moitié des objets; *diplopie*, lorsque la vision est double; *nyctalopie*, lorsque la vision s'exerce dans l'obscurité; *héméralopie*, lorsque la vision ne s'exerce que depuis le lever

du soleil jusqu'à son coucher; *myodepsie*, lorsque les malades croient voir devant leurs yeux des mouches, des corpuscules; *croupsie*, lorsqu'il existe une fausse perception des couleurs. Devant revenir plus tard d'une manière particulière sur ces anomalies de la vision, je me borne à les mentionner ici, pour montrer combien doivent être variés les symptômes de l'amaurose.

Symptômes de l'amaurose. — Quoique la marche de l'amaurose soit ordinairement lente, il n'en est pas moins vrai qu'on l'a vue survenir quelquefois d'une manière brusque et subite. M. Rognetta en a rapporté plusieurs exemples dans la longue liste de faits mentionnés dans son livre. Quand l'amaurose complète survient subitement, la vision est abolie tout à coup, la pupille reste ordinairement dilatée, immobile, et il est facile de voir que le cristallin, le corps vitré, tous les milieux de l'œil enfin, ont conservé leur transparence.

Lorsque l'amaurose se forme graduellement, elle débute par des symptômes tellement légers, que les malades sont loin de prévoir le sort qui les attend. Ces prodromes consistent tantôt dans une exaltation de la sensibilité de la vue : la lumière fatigue les malades, l'aspect d'un corps brillant leur donne quelquefois des vertiges, les objets leur paraissent diversement colorés, ou défigurés, ou entourés d'une auréole brillante; tantôt, au contraire, la sensibilité de l'organe diminue dès le début de la maladie : les objets paraissent entourés d'un nuage, les malades ont de la peine à distinguer ceux qui sont éloignés ou peu éclairés; c'est pourquoi on les voit rechercher la lumière; quelques uns même

fixent le soleil. C'est aussi à cette première période de la maladie qu'on observe plus particulièrement les anomalies de la vision dont j'ai parlé plus haut. Les malades se plaignent assez fréquemment d'une sensation de sécheresse à la surface du globe de l'œil, de vertiges, de céphalalgie, quelquefois même d'insomnie. A mesure que l'amaurose fait des progrès, la vue s'obscurcit de plus en plus; les malades croient voir des filaments, des taches noires; le nuage qui couvre les objets devient de plus en plus épais, et après un temps plus ou moins long, ils disparaissent complétement; la vue est alors totalement abolie; l'amaurose est complète. Si j'ai passé si rapidement sur les symptômes physiologiques de l'amaurose, c'est que nous aurons à revenir plus tard sur ce sujet.

Cet ordre de signes ne suffirait pas, dans tous les cas, pour indiquer l'existence d'une amaurose, car, comme nous l'avons vu, la cataracte présente un grand nombre de ces caractères. C'est principalement sur l'aspect de l'œil qu'est basé le diagnostic.

Lorsque l'amaurose est complète et ancienne, la plupart des observateurs ont noté qu'il y a dans le regard, dans la marche, dans le port des amaurotiques quelque chose de particulier, qui peut les faire reconnaître à une certaine distance; c'est ainsi qu'ils marchent en chancelant et en tâtonnant, la tête horizontalement dirigée, les paupières immobiles; il n'y a aucune expression dans leur physionomie; ils ont un air stupide; leur *facies* revêt avec le temps un teint pâle et plombé.

L'iris et la pupille offrent des changements

notables. Dans la plupart des cas, les mouvements de l'iris sont de plus en plus bornés, et cette membrane finit même par devenir immobile; généralement aussi, la pupille est largement dilatée et conserve sa forme circulaire. Mais on observe à ce sujet des variétés qu'il importe de connaître; il serait faux de dire que, dans l'amaurose, les mouvements de l'iris sont constamment abolis. Assez de faits prouvent aujourd'hui le contraire : on a observé des malades chez lesquels l'exaltation de la sensibilité de l'iris était telle, que cette membrane se contractait avec une telle force sous l'impression de la lumière, qu'il en résultait une occlusion instantanée de la pupille. J'ai observé moi-même quelques exemples de ce genre, dans le service de M. Velpeau. Ce phénomène était très saillant chez un malade qui fut adressé de Provence à M. Vidal (de Cassis), et que ce chirurgien fit entrer à l'hôpital de la Charité (septembre 1837). Mais, hâtons-nous de le dire, ces cas sont rares; ordinairement l'iris est frappé d'immobilité.

La dilatation de la pupille n'est pas plus constante. Chez certains amaurotiques, cette ouverture reste resserrée, très étroite, et présente même des irrégularités de forme; tantôt, en effet, elle est oblongue, tantôt ovale, tantôt angulaire. Nous ne nous arrêterons pas à rechercher l'explication de ces différents phénomènes.

Lorsque l'amaurose est encore à l'état simple, le fond de l'œil est noir; et il est alors facile de se convaincre que le cristallin et le corps vitré ont conservé leur transparence, et que la rétine n'a point encore subi de dégénérescence notable. Je dois ajouter toutefois que cette couleur noire n'est jamais aussi pure que dans l'état

normal. A une période plus avancée de la maladie, on aperçoit assez souvent dans le fond de l'organe un léger brouillard qui peut dépendre de différentes causes ; quelquefois même cette partie de l'œil offre des nuances variées ; ainsi elle est ou verdâtre, ou grisâtre, ou plombée, ou jaunâtre. On conçoit qu'alors le diagnostic peut offrir de grandes difficultés ; et dans ces cas le procédé imaginé par M. Sanson, et dont j'ai parlé en traitant de la cataracte, peut être d'un grand secours.

Causes de l'amaurose. — L'amaurose s'observe à tous les âges de la vie. Elle peut être congéniale ; et dans ces cas elle est assez souvent le symptôme d'une hydrocéphalie ; toutefois il n'en est pas toujours ainsi : un enfant peut naître amaurotique sans présenter en même temps aucun symptôme de cette affection. Quelquefois alors l'amaurose est héréditaire ; un assez grand nombre d'exemples de ce genre sont consignés dans la science ; personne n'ignore le fait, rapporté par Beer, d'une famille dont plusieurs membres sont devenus amaurotiques, et cela pendant plusieurs générations. Cette espèce de prédisposition, qui se rattache à l'hérédité, peut ne se développer qu'à un âge plus ou moins avancé. Beer cite à ce sujet l'exemple d'une famille dans laquelle les femmes, jusqu'à la troisième génération inclusivement, devinrent amaurotiques après la cessation des règles.

L'amaurose se développe plus spécialement à l'époque moyenne de la vie. Il paraîtrait que les yeux noirs ou bruns en sont beaucoup plus souvent affectés que les yeux bleus ou gris. Au dire de Beer, il existerait à ce sujet le rapport

de vingt-cinq ou trente sur un. Les femmes paraissent y être plus sujettes que les hommes. On a cru pouvoir expliquer cette dernière circonstance par les troubles, les dérangements qui peuvent survenir dans certains actes accomplis par la femme. (Les menstrues, la sécrétion du lait.) Nous n'entrerons dans aucun détail à ce sujet; mais nous ajouterons que l'observation démontre que c'est surtout à l'époque de la suppression définitive des règles que les femmes sont le plus fréquemment atteintes d'amaurose.

L'amaurose est assez souvent la suite d'un état de pléthore, de congestion sanguine dans le cerveau ou dans l'œil. C'est ainsi qu'on l'a vue survenir à la suite d'éternuements ou d'efforts violents, pendant un accès de colère, etc., etc. Elle se développe aussi à la suite d'une suppression brusque du flux menstruel ou hémorrhoïdal, d'un épistaxis. Une dentition orageuse, une hydrocéphalie aiguë ou chronique, des vomissements violents, l'abus des liqueurs fortes, les passions violentes, peuvent encore donner lieu à l'amaurose. Mais les causes qui portent directement sur l'œil en y entretenant un état de congestion et d'irritation continuelles, ont une action plus immédiate encore sur le développement de la maladie; c'est ainsi qu'on l'observe plus particulièrement chez les individus occupés de travaux mécaniques qui fatiguent la vue (les horlogers, les bijoutiers, les compositeurs d'imprimerie, etc.), chez ceux que leur profession expose à une trop vive lumière, à des vapeurs irritantes (les forgerons, les égouttiers, les vidangeurs, etc.). Nous ajouterons aussi à ce groupe de causes, la réflexion de la lumière dans les pays couverts de neige.

Quelques unes de ces causes, les premières surtout, agissent quelquefois d'une manière subite : mais lorsque l'amaurose ne survient que lentement, elle se développe alors à la suite d'une ophthalmie interne chronique, presque latente, d'une inflammation de la rétine surtout, à laquelle on ne fait malheureusement que peu d'attention.

L'amaurose ne survient pas toujours à la suite d'un état de pléthore, de congestion sanguine ; elle est aussi produite par un état d'affaiblissement ou dépuisement, soit du système nerveux en particulier, soit de toute l'économie. A ce second groupe des causes nous rattacherons les excès de la masturbation ou du coït, une lactation trop prolongée, des évacuations sanguines trop abondantes et trop souvent répétées, des chagrins prolongés, des suppurations abondantes, une diarrhée opiniâtre, l'existence de certaines maladies, du typhus, par exemple. On y a aussi rattaché l'usage d'aliments préparés avec le seigle ergoté, l'emploi de la belladone.

Aux amauroses qui dépendent de causes agissant spécialement sur le système nerveux, non comme débilitantes, à la vérité, il faut rattacher toutes celles qu'on appelle sympathiques, et qu'on a observées pendant la durée d'affections vermineuses, de certaines irritations gastro-intestinales et d'accès d'hystérie ; celles que présentent quelques individus affectés d'hypochondrie, de fièvres intermittentes ; celles qu'on a vues produites par des calculs contenus dans la vessie, ou engagés dans l'urètre (Marjolin).

La gale, la teigne, les dartres, la suppression de la transpiration, la goutte, le rhumatisme, les vices scrofuleux, vénériens, ont aussi été

notés comme pouvant donner lieu à l'amaurose. M. Marjolin l'a vue survenir chez une dame à laquelle il avait extirpé un sein cancéreux quatre jours auparavant.

L'action de la plupart des causes dont nous venons de parler est loin d'être toujours bien évidente. Il n'en est pas de même de celles qu'il nous reste à examiner.

Une lésion des différents nerfs qui, par leurs rapports avec l'organe de la vue, exercent une influence plus ou moins directe sur l'appareil de la vision, peuvent produire l'amaurose. On trouve dans les annales de la science un grand nombre de faits de ce genre. M. Rognetta en a rassemblé plusieurs dans son livre. C'est ainsi qu'on a vu l'amaurose survenir à la suite de plaies ou de contusions des régions sus et sous-orbitaires. Les amauroses qu'on a vues se développer à la suite d'une carie de l'ethmoïde, de celle d'une ou de plusieurs dents, doivent être rapportées au même ordre de causes. Ces observations viennent d'ailleurs à l'appui des expériences faites par les physiologistes sur les fonctions de la cinquième paire. Le fait le plus curieux de ce genre est, sans contredit, celui qui a été publié dans les *Archives générales de médecine*, par le docteur Galenzowski. Il est dit qu'une amaurose produite par l'introduction d'un fragment de cure-dent dans l'intérieur d'une dent malade, guérit rapidement par l'extraction de cette dent. Toutefois, hâtons-nous d'ajouter que ces altérations diverses ne produisent pas toujours l'amaurose; il n'est pas rare d'en observer chez des individus dont la vue reste intacte.

Quant à la lésion du nerf optique, je n'ai pas

à m'y arrêter ; chacun sait qu'elle entraîne immédiatement la cécité. La compression, ou la distension de la rétine peuvent aussi donner naissance à l'amaurose ; on en a observé quelques exemples à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement (Beer). Je dois ajouter néanmoins que les expériences de M. Magendie tendraient à prouver que cette membrane nerveuse est tout à fait insensible à toute autre action que celle de la lumière. (*Journal de physiologie expérimentale*, t.v.) Je joindrai à ces diverses amauroses, dont la plupart pourraient en quelque sorte être appelées *traumatiques*, toutes celles qui surviennent à la suite de coups violents sur la tête.

Il est un dernier ordre de causes qui a, avec raison, beaucoup occupé les auteurs, je veux parler des altérations organiques de l'encéphale ou des nerfs optiques. On en trouve plusieurs exemples dans les livres. Nous ne les mentionnerons point ici; nous nous bornerons à dire d'une manière générale que tout ce qui peut exercer une compression sur le nerf optique ou sur la partie du cerveau qui est en contact avec l'origine de ce nerf, peut donner lieu à l'amaurose.

On le voit, les causes de l'amaurose sont nombreuses ; il s'en faut même que nous ayons mentionné ici tout ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs. Si maintenant nous cherchons à faire, au lit des malades, l'application de toutes ces idées, il nous sera facile de nous convaincre qu'à l'exception des amauroses par causes traumatiques, il règne ordinairement beaucoup de vague sur ce point; le plus souvent même, il est impossible de formuler une opinion. Cependant

il serait de la plus haute importance qu'on fît de nouvelles recherches à ce sujet, car puisque l'amaurose n'est qu'un symptôme d'une maladie, il serait nécessaire d'être bien fixé sur les causes qui peuvent la produire pour pouvoir leur appliquer un remède convenable. C'est de là sans doute que provient en grande partie l'obscurité qui règne sur la thérapeutique.

Anatomie pathologique. — En traitant de l'étiologie, j'ai indiqué la plupart des altérations organiques qui peuvent donner naissance à l'amaurose. Je n'ai plus qu'à dire quelques mots sur les altérations que l'on observe dans l'intérieur de l'œil lui-même. Ces altérations se rapportent particulièrement à la rétine. Comme on le comprend facilement, on n'a pas encore pu faire des recherches assez nombreuses sur ce point. On est parvenu néanmoins à se convaincre, d'après un assez grand nombre de faits, que ces altérations sont en grande partie dépendantes d'un état phlegmasique de cette membrane; sa structure vasculaire, son organisation, viennent à l'appui de cette idée. Quoi qu'il en soit, la rétine a été trouvée tantôt épaissie, opaque, tantôt amincie, molle, rougeâtre, quelquefois noire, et même ossifiée. On a trouvé aussi ses vaisseaux dilatés, variqueux; on l'a vue même séparée de la choroïde par une lamelle osseuse.

Diagnostic. — C'est ici un des points les plus importants, et qui doit en conséquence fixer l'attention des praticiens d'une manière toute particulière.

On a bien souvent considéré l'immobilité de l'iris et la dilatation de la pupille comme deux

caractères pathognomoniques ; à tel point même que quelques chirurgiens ont admis ces deux signes dans la définition de l'amaurose. L'observation attentive des malades a démontré que cette opinion est évidemment erronée. Le plus souvent, il est vrai, l'iris est immobile et la pupille dilatée chez les sujets affectés d'amaurose ; mais il s'en faut, comme je l'ai déjà dit, qu'il en soit toujours ainsi ; il existe des cas dans lesquels la pupille est plus ou moins contractée et dans lesquels l'iris jouit d'une assez grande partie de sa mobilité. J'ai observé plusieurs exemples de ce genre dans le service de M. Velpeau, et ce chirurgien m'a dit avoir fait assez souvent la même observation. Toutefois, comme ces deux symptômes se présentent assez ordinairement sur les sujets amaurotiques, les praticiens doivent les prendre en considération.

L'amaurose ne peut guère être confondue qu'avec le glaucome ou avec la cataracte ; encore faut-il ajouter que, lorsqu'elle existe à l'état simple, il est assez difficile de se méprendre sur ce point : car alors, dans l'amaurose, le fond de l'œil n'offre rien de particulier, les milieux de l'organe conservent leur transparence ; tandis que, dans le glaucome ou la cataracte, il existe toujours quelque perturbation intérieure, quelque trouble.

Quoi qu'il en soit, il serait peu dangereux, comme l'observe M. Marjolin, de confondre le glaucome avec l'amaurose, puisque ces deux affections réclament un traitement à peu près analogue ; mais il n'en est pas de même de la cataracte. Aussi je vais entrer dans quelques détails sur ce sujet. Suivant ici la marche adoptée par la plupart des auteurs, je vais opposer l'un à

l'autre les signes qui peuvent différencier ces deux maladies.

Dans la cataracte, l'opacité est placée immédiatement derrière la pupille, et elle commence ordinairement à se montrer au centre de cette ouverture; dans l'amaurose, au contraire, l'opacité a son siége plus profondément, comme il est facile de s'en convaincre en examinant l'œil par côté. L'opacité de la cataracte offre une couleur d'un blanc grisâtre, tandis que celle de l'amaurose tire plus sur le rouge ou le vert. Dans la cataracte, l'affaiblissement de la vue est en raison directe de l'intensité de l'opacité; dans l'amaurose, il n'existe aucun rapport sur ce point. Dans la cataracte, l'iris conserve toute sa mobilité, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune adhérence; dans l'amaurose, les mouvements de cette membrane sont ordinairement très bornés; très souvent même, comme je l'ai dit plus haut, ils sont complétement détruits. Dans la cataracte, l'ouverture pupillaire conserve ordinairement se forme normale, tandis que dans l'amaurose, la pupille est souvent déformée, irrégulière. Dans la cataracte, la cornée offre son aspect normal; tandis que dans l'amaurose, cette membrane ne présente pas sa netteté et sa transparence habituelles. Dans la cataracte, la cécité est toujours la même; dans l'amaurose, au contraire, nous avous vu qu'il existe sur ce point des variations assez notables. Dans la cataracte, les objets paraissent entourés d'un nuage blanchâtre; dans l'amaurose, ils sont environnés d'une auréole rosée. Assez souvent, les malades affectés de cataracte aperçoivent distinctement les objets situés dans une direction latérale par rapport à l'œil, tandis que les

amaurotiques ne les voient pas davantage quand ils sont placés de côté que directement en face de l'œil. Le cataracté, enfin, se sert souvent avec avantages de verres convexes, tandis que l'amaurotique ne retire aucune espèce de profit de l'usage des lunettes.

Tels sont, en abrégé, les caractères différenciels assignés par les auteurs à ces deux affections. Il semble de prime abord qu'au lit du malade toute méprise ne doit plus être possible. Malheureusement, il s'en faut beaucoup qu'il en soit toujours ainsi. J'ai entendu bien souvent répéter par M. Velpeau, qu'il est encore un grand nombre de cas où il est impossible de porter un diagnostic certain. C'est alors que le procédé imaginé par M. Sanson, et dont j'ai parlé longuement en traitant de la cataracte, peut être d'un grand secours. M. Velpeau s'en est assez souvent servi avec succès, et il engage fortement les praticiens à en faire usage. Ce n'est pas, comme il l'a fort bien dit, que ce moyen soit infaillible et qu'il procure des résultats certains dans tous les cas ; mais c'est réellement une ressource précieuse.

Des espèces d'amauroses. — M. Velpeau est loin d'admettre toutes les distinctions établies à ce sujet par les oculistes allemands. Il est bien reconnu de nos jours que toute l'école de Beer est tombée à cet égard dans des subtilités chimériques. C'est là, d'ailleurs, une question qui sera examinée dans un autre chapitre. Cependant, il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire ; il est de la plus haute importance de bien distinguer certaines espèces d'amauroses, car c'est sur cette distinction qu'est

basé le traitement. Nous allons entrer dans quelques détails.

1° Une première espèce d'amaurose est celle qui se développe sous l'influence de causes irritantes qui entretiennent un état habituel de congestion et d'irritation du cerveau et de l'œil. C'est sans doute ce qui a porté J. Frank à la désigner sous le nom d'amaurose inflammatoire. Beer l'attribue à l'excès de sensibilité des parties nerveuses de l'œil. C'est cette espèce d'amaurose que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique ; ce qui a porté M. Lawrence à penser que l'amaurose est le plus souvent le résultat d'une phlegmasie chronique de la rétine. Quoi qu'il en soit, cette espèce d'amaurose s'observe particulièrement chez les sujets d'une constitution pléthorique, à la suite de la suppression d'un flux sanguin habituel ou de toute autre cause analogue. Le plus souvent, elle se développe promptement; les malades qui en sont affectés se plaignent dès le début d'un sentiment de plénitude dans l'œil, et d'une céphalalgie plus ou moins intense. C'est dans ce cas qu'ils disent voir des corps lumineux, des traînées brillantes, et que les objets se présentent à eux environnés d'une auréole d'un rouge plus ou moins vif; en même temps, la vue s'affaiblit peu à peu, sans que l'œil présente aucune espèce de changement dans sa couleur et dans son aspect; la conjonctive seule est un peu rouge. Si on expose le malade à la lumière, il se plaint d'avoir un voile épais et noir devant les yeux ; dans l'obscurité, au contraire, ce voile est d'un rouge de feu et brillant. Il faut ajouter que tous ces symptômes redoublent d'intensité toutes les fois qu'une cause quelconque détermine un afflux de

sang vers la tête. Cette circonstance est importante à noter; car elle indique d'une manière évidente les moyens thérapeutiques auxquels on doit avoir recours.

2° Une seconde espèce d'amaurose est celle qui est due à des causes débilitantes; aussi, l'observe-t-on chez des sujets affaiblis. Beer l'attribue à un défaut de sensibilité des parties nerveuses de l'œil. Elle se développe ordinairement d'une manière lente. Les malades commencent par s'apercevoir que leur vue s'affaiblit progressivement, et cela sans qu'ils puissent en reconnaître la véritable cause. Ils se plaignent d'avoir devant leurs yeux une espèce de brouillard de couleur grisâtre, qui s'épaissit de plus en plus. On ne trouve plus ici ces apparitions de corps lumineux et brillants, que nous avons notés dans le cas précédent. On distingue dans le fond de l'œil, à travers la pupille, une surface concave d'un gris pâle, quelquefois brillante et jaunâtre, ou bien comme bigarrée et rougeâtre. Plus tard, le fond de l'œil revêt un aspect plus brillant, et quand l'amaurose est complète, on peut même, quelquefois, distinguer sur la rétine de petits filaments rouges, qui ne sont autre chose que des ramifications vasculaires de cette membrane. Dans cette espèce d'amaurose, l'iris est pâle, et la pupille très dilatée. Dans un lieu peu éclairé, la totalité du globe oculaire offre un reflet brillant analogue à celui que présentent les yeux d'un chat. C'est probablement ce qui a porté Beer à désigner cette variété d'amaurose sous le nom *d'œil de chat amaurotique*.

On a admis une troisième espèce d'amaurose, qu'on a appelée *mécanique*, et qui dépend d'une

compression du nerf optique ou de la rétine, ou d'une altération organique de ces parties. Cette espèce d'amaurose étant toujours accompagnée de l'une ou de l'autre des deux espèces précédentes, j'ai cru devoir me borner à la mentionner ici.

Telles sont les deux principales espèces d'amaurose autour desquelles on peut grouper toutes les autres espèces et variétés admises par quelques auteurs. En Allemagne, on est même allé si loin à ce sujet, qu'on a fait presque autant de divisions et de subdivisions de l'amaurose qu'on a admis de causes de cette maladie. Nous ne nous arrêterons pas à montrer tout ce qu'il y a de peu logique dans une pareille méthode de classification. L'étiologie, dit M. Velpeau, ne doit servir de base à une classification, qu'autant que chaque cause imprime un caractère vraiment particulier à la maladie. Certes, nous ne voulons pas dire par là que la connaissance des causes de l'amaurose doit être négligée; nous verrons, au contraire que c'est sur cette connaissance que sont basées les principales indications thérapeutiques.

Pronostic. — Le pronostic de l'amaurose, envisagé d'une manière générale, est toujours plus ou moins sérieux. Il importe pourtant d'établir des distinctions sur ce point, car il est des amauroses qui peuvent guérir et qui guérissent en effet, tandis que d'autres sont au-dessus des ressources de l'art. C'est là le point de vue essentiellement pratique de la question qui nous occupe; nous devons nous y arrêter. En parcourant ce que les auteurs modernes ont écrit à ce sujet, il est facile de se convaincre qu'on est guère plus avancé de nos jours que du temps de Scarpa.

Aussi, au lieu de parodier les paroles de ce profond observateur, j'aime mieux les citer textuellement. « En général, dit le célèbre professeur de Pavie, on peut regarder comme incurables : 1° les amauroses qui datent de plusieurs années, chez des personnes avancées en âge, et qui avaient la vue faible dans leur jeunesse ; 2° celles qui se sont formées lentement à la suite d'une exaltation de la sensibilité générale de l'œil ; 3° celles où la pupille déformée est immobile sans être très dilatée, ou, au contraire, tellement dilatée, qu'elle simule l'absence de l'iris, et dont les bords sont inégaux et comme frangés ; 4° celles où le fond de l'œil, indépendamment de l'opacité du cristallin, présente une pâleur insolite, semblable à celle de la corne, tirant quelquefois sur le vert et répercutée par la rétine comme par un verre de réflexion ; 5° les amauroses accompagnées de douleur dans toute la tête et d'une sensation continuelle ou périodique de tension incommode dans le globe de l'œil ; 6° celles qui ont été précédées d'une forte et longue excitation du système nerveux, puis de faiblesse générale, de langueur de tout le corps, et particulièrement des organes digestifs, comme chez les hypochondriaques, après l'abus des liqueurs fortes, de la masturbation et du coït prématuré ; 7° celles qui ont été précédées, ou qui sont accompagnées d'attaques d'épilepsie, ou de fréquentes migraines convulsives ; 8° les amauroses survenues à la suite de l'ophthalmie interne, d'abord avec surcroît de sensibilité de la rétine, puis avec diminution de cette même propriété, et lenteur dans les mouvements de l'iris ; 9° les amauroses anciennes produites par des coups sur la tête, sur le globe de l'œil, ou par une dilacération du

nerf sus-orbitaire, soit que l'effet ait paru immédiatement après l'action de la cause, ou quelques semaines après la cicatrisation de la plaie du sourcil; 10° celles qui dépendent de la présence d'un corps étranger dans le globe de l'œil, tel que des grains de plomb, etc.; 11° celles qui proviennent de la vérole confirmée dans lesquelles l'existence d'une ou de plusieurs exostoses sur le front, sur les côtés du nez, sur l'os maxillaire, peut faire soupçonner la présence du même vice dans l'intérieur de la fosse orbitaire; 12° celles qui se manifestent à la suite de céphalalgies opiniâtres, et qui sont occasionnées par une accumulation de sérosité dans les ventricules du cerveau, ou par un endurcissement de la couche des nerfs optiques; 13° enfin, les gouttes sereines compliquées d'un changement remarquable dans la forme et les dimensions du globe de l'œil : forme ovale, volume excessif, ou très diminué, etc. Ce sont sans doute, ajoute Scarpa, les amauroses que nous venons d'énumérer, que Maître Jan avait en vue, lorsqu'il a dit : *C'est rechercher la pierre philosophale, que de vouloir chercher des remèdes pour guérir la goutte sereine; cette maladie est absolument incurable.*

« Au contraire, les amauroses *récentes,* parfaites ou imparfaites, sont presque toujours susceptibles de guérison, pourvu que les causes qui les ont produites n'aient pas altéré la texture organique du nerf optique ou de la rétine. Telles sont, 1° celles où l'organe de la vision n'est pas entièrement insensible à la lumière; 2° celles qui surviennent tout à coup, et dans lesquelles la pupille modérément dilatée conserve encore la régularité de son disque, et le fond de l'œil

sa couleur naturelle ; 3° celles qui n'ont pas été précédées et qui ne sont pas accompagnées de fortes douleurs, ni dans la tête, ni dans les sourcils, ni même d'un sentiment de constriction du globe de l'œil ; 4° les amauroses suites d'un violent accès de colère, d'un profond chagrin, ou d'une grande frayeur ; 5° celles qui dépendent d'un embarras des premières voies, d'une pléthore universelle ou locale de la tête, de la suppression d'une effusion sanguine habituelle par le nez, l'utérus et les vaisseaux hémorroïdaux ; 6° celles qui proviennent d'une métastase varioleuse, rhumatismale, goutteuse, dartreuse, etc. ; 7° celles qui dépendent d'une faiblesse nerveuse ou invétérée, et sur des sujets encore jeunes ; 8° celles qui sont produites par des convulsions et par les efforts d'un accouchement laborieux ; 9° celles qui se manifestent pendant le cours, ou sur la fin des fièvres aiguës ou des fièvres intermittentes ; 10° enfin, les amauroses récentes périodiques, c'est-à-dire, qui reviennent régulièrement tous les jours, tous les deux ou trois jours, tous les mois, tous les ans. »

Il ne faudrait pas admettre, dit M. Velpeau, toutes ces propositions comme absolument vraies. Il existe à ce sujet quelques exceptions ; mais ces exceptions sont si rares, qu'on peut se dispenser de les prendre en grande considération.

Traitement de l'amaurose. — En disant, au commencement de cet article, que l'amaurose a fait et fera pendant longtemps encore le désespoir des chirurgiens, j'avais surtout en vue la thérapeutique de cette affection. En effet, que n'a-t-on pas dit et écrit à ce sujet ; tout a été essayé, vanté et rejeté tour à tour. Il est vrai de

dire pourtant que cette confusion provient en grande partie de ce qu'on ne s'est pas assez attaché à distinguer les cas d'amaurose incurable de ceux qui sont susceptibles de guérison. Il importe donc, avant tout, de bien faire cette distinction pour ne pas tourmenter les malades par des médications inutiles, dont quelques unes même pourraient n'être pas sans dangers. C'est assez dire que nous mettrons ici de côté les amauroses incurables ; car dans ces cas, que j'ai indiqués plus haut, il est bien reconnu de nos jours qu'il n'y a rien de mieux à faire que de ne rien faire du tout.

Le traitement de l'amaurose repose presque en totalité sur la connaissance des causes qui la produisent. Il faudrait en conséquence prendre ici une à une chacune des causes qui peuvent donner lieu à la goutte sereine et indiquer la médication à laquelle on doit avoir recours dans chaque cas; mais cela me conduirait évidemment trop loin; et d'ailleurs, toutes ces indications doivent être connues de chaque praticien. Toutefois, l'amaurose symptomatique d'une affection gastro-intestinale, de la présence des vers dans l'intestin, ayant fixé l'attention des auteurs d'une manière particulière, je crois devoir m'arrêter un instant sur la thérapeutique qu'on a préconisée contre elle. L'opinion de M. Velpeau sur ce point, étant la même que celle que M. Marjolin a émise dans l'article *amaurose*, de la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine*, je vais citer les paroles de ce dernier chirurgien : « L'amaurose symptomatique d'une affection gastro-intestinale ou de la présence des vers dans l'intestin, particulièrement chez les enfants, réclame l'usage des émétiques, des résolutifs internes ou des anthelmintiques. Cette amaurose

n'est presque jamais complète. Le traitement que nous allons indiquer est celui que Schmucker, Richter et surtout Scarpa, conseillent dans la plupart des cas d'amblyopie, que cette maladie résulte ou non des causes dont il s'agit ici. Malgre l'autorité de ces praticiens recommandables, nous ferons d'abord remarquer que les vomitifs et le tartre stibié particulièrement, dont ils préconisent les avantages, sont nuisibles chez les sujets affaiblis, chez les individus très irritables, et quand il existe une disposition manifeste à une congestion sanguine dans le cerveau. Ces exceptions principales établies, voici le mode de traitement que prescrit Scarpa, dans le plus grand nombre de cas d'amaurose incomplète. Le malade commence à prendre de demi-heure en demi-heure une cuillerée d'une dissolution de trois grains d'émétique dans quatre onces d'eau, jusqu'à ce qu'il se manifeste des nausées et des vomissements abondants. Le lendemain, on lui administre une poudre résolutive, composée d'une once de crême de tartre et d'un grain d'émétique, divisée en six parties égales; le malade prend une première dose le matin, une seconde quatre heures après, une troisième le soir, et ainsi pendant huit ou dix jours; ce médicament cause des nausées, quelques selles et parfois le vomissement, au bout de quelques jours. Dans le cas où le malade éprouve des nausées sans pouvoir vomir, qu'il ait du dégoût, la bouche amère, qu'il n'y ait pas d'amélioration dans la vue, on répète l'administration de l'émétique une ou plusieurs fois, selon la persistance des symptômes gastriques. Le vomitif ne produit-il qu'un soulagement incomplet, Scarpa fait prendre alors au malade

les pilules de Schmucker ou celles de Richter. Voici la formule du premier de ces auteurs : ℞ gum. sagapen, — galban, — sap. vénet. aa ʒ j, — Rhei opt. ʒ jB, — tart. émet. gr. xvj, — suc. liquirit. ʒ j. On fait des pilules d'un grain. Le malade doit en prendre quinze matin et soir pendant quatre ou six semaines. En général, l'amélioration se manifeste peu de temps après qu'on en a commencé l'usage. A cette médication, on fait succéder un régime tonique et fortifiant quand le malade a recouvré en grande partie la faculté de voir. Beer rejette entièrement la méthode curative de Scarpa, il se borne à prescrire d'abord des remèdes absorbants, des toniques amers unis à l'éther nitrique, puis l'eau chaude en boisson, comme vomitif. Si l'amaurose dépend de la présence des vers, les anthelmintiques doivent être employés avec confiance. Leur mode de prescription ne diffère pas de celui qui est en usage pour ce genre de médicament. »

Il me reste maintenant à examiner le traitement que réclament les deux principales espèces d'amauroses.

1° Lorsque l'amaurose s'est développée sous l'influence de causes irritantes qui entretiennent un état habituel de congestion et d'irritation du cerveau ou de l'œil, les antiphlogistiques et les dérivatifs sous différentes formes constituent la base du traitement. Disons quelques mots sur les moyens dont se composent ces deux méthodes curatives.

Lorsque le malade est d'une forte constitution, et que l'irritation oculaire est intense, il faut insister énergiquement sur les émissions san-

guines générales; c'est dans ces cas surtout qu'on a préconisé l'ouverture de l'artère temporale ou de la veine jugulaire; j'ai déjà exprimé l'opinion de M. Velpeau sur ces deux espèces de saignées, je n'y reviendrai pas; qu'il me suffise de dire que ce chirurgien préfère alors les saignées du bras dites coup sur coup. Les saignées générales doivent être secondées par des applications de sangsues, ou par l'usage des ventouses scarifiées.

Lorsque le malade est d'une faible constitution, on doit au contraire être très réservé sur l'usage des émissions sanguines générales. On se borne à pratiquer une saignée si l'état de l'œil l'indique, et on insiste d'une manière toute particulière sur les sangsues et les ventouses. On conçoit d'ailleurs que sur ce point on ne peut pas établir de règle générale, c'est au chirurgien à saisir au lit des malades chacune de ces indications.

Quelque utiles que soient les émissions sanguines, il n'en est pas moins vrai qu'il est très souvent nécessaire de seconder leur effet par un autre ordre de moyens. C'est ainsi que les malades doivent être tenus à un régime sévère, à l'usage de boissons délayantes; des minoratifs doux, des lavements laxatifs, des pédiluves irritants, doivent être employés; et si ces moyens ne sont pas suffisants, il faut avoir recours à une médication plus énergique. Dans ces cas, on a beaucoup vanté les frictions avec la pommade stibiée. C'est un moyen à ne pas négliger dans la pratique. Les vésicatoires, soit à la nuque, soit derrière les oreilles, sur les tempes, sur le front, sont aussi très avantageux; mais il importe de les appliquer successivement

sur chacune de ces régions. Lorsque les vésicatoires sont trop irritants, ou qu'on n'entretient leur suppuration que difficilement, il vaut mieux faire usage du séton ou des cautères profonds à la nuque. On a aussi beaucoup vanté l'émétique quand les phénomènes de congestion ont été calmés par les saignées. C'est là, sans contredit, une excellente ressource; mais il faut savoir en faire un usage convenable. Dans quelques cas, il a été évident pour M. Velpeau que ce moyen avait beaucoup contribué à la guérison radicale.

Il est un autre remède auquel les chirurgiens étrangers ont une très grande confiance, je veux parler du mercure. En Angleterre, surtout, cette médication est généralement répandue dans la pratique. Sans lui accorder autant d'efficacité, M. Velpeau pense que c'est une ressource importante; il a été quelquefois à même de se convaincre de ses bons effets, et nous l'avons entendu à différentes reprises en conseiller l'usage. On sait que ce n'est pas à titre de remède antisyphilitique que le mercure est employé ici, mais comme un agent modificateur de la vitalité des organes irrités ou enflammés. Les Anglais pensent que son action est d'autant plus avantageuse, qu'on l'administre plus promptement. Suivant eux, il faut le donner à large dose et en continuer l'emploi jusqu'à ce qu'il détermine une abondante salivation. Ils combinent le calomélas à l'intérieur avec les frictions mercurielles sur la face cutanée des paupières ou autour de l'orbite. Leur opinion est appuyée sur une foule de faits.

Voici du reste le traitement employé par M. Velpeau dans l'espèce d'amaurose qui nous occupe : si le sujet est fort et vigoureux et que la

congestion soit intense, il fait pratiquer deux ou trois saignées par jour, jusqu'à ce que les phénomènes congestifs soient calmés; et il aide cette médication de quelques saignées locales. Si, au contraire, le sujet est faible, il se borne à une seule saignée générale, et il insiste d'une manière toute particulière sur les émissions sanguines locales. Dès le troisième ou quatrième jour de la maladie, il fait usage du tartre stibié à haute dose, ou bien du calomélas à l'intérieur et des frictions mercurielles autour de l'orbite. Il associe à cette médication les révulsifs cutanés plus ou moins intenses, suivant les cas.

Il est inutile d'ajouter qu'ici, comme toujours, le chirurgien ne doit point perdre de vue la cause qui a pu donner lieu à l'amaurose, et que ses premiers efforts doivent tendre à la faire disparaître.

2° Dans le traitement de l'amaurose attribuée à des causes débilitantes, les remèdes irritants de toute espèce et sous toutes les formes ont été mis à contribution. Entrons dans quelques détails à ce sujet. Comme traitement interne, on a conseillé les toniques persistants, tels que les extraits ou la décoction de houblon, de gentiane, les préparations ferrugineuses, dont on seconde l'action par un régime analeptique, et par tous les autres moyens hygiéniques propres à accélérer le retour des forces. On peut aussi employer avec avantages les toniques diffusibles, tels que le musc, le camphre, la valériane, l'huile animale de Dippel, l'esprit de corne de cerf succiné, l'infusion très forte d'arnica, l'extrait de cette plante, l'éther phosphoré. Lorsque l'amaurose est intermittente et périodique, le quin-

quina constitue la médication par excellence. C'est par un usage sagement combiné de ces différents moyens qu'on est parvenu plusieurs fois à obtenir des guérisons radicales. Mais, hâtons-nous de le dire, à ce traitement interne, il faut joindre l'emploi de moyens locaux plus ou moins stimulants, tels sont les vésicatoires, le séton et le cautère profond à la nuque. On a aussi retiré de grands avantages du moxa appliqué sur les tempes, sur le trajet du nerf fronto-sourcilier, ou vers l'angle supérieur de l'occipital. Ce dernier moyen est surtout indiqué chez les sujets lymphatiques peu irritables, et notamment quand les malades ressentent dans les tempes, dans l'orbite ou même dans d'autres régions de la face, des douleurs qui ont un caractère névralgique. C'est contre cette espèce d'amaurose qu'on a conseillé la cautérisation syncipitale avec la pommade ammoniacale, cautérisation qu'on répète plus ou moins longtemps, suivant les cas. On sait que le docteur Gondret accorde une grande confiance à ce moyen, auquel il associe les purgatifs. M. Velpeau m'a dit avoir obtenu quelques succès par cette médication. On a aussi beaucoup préconisé la strychnine par la méthode endermique. Son application se fait à l'aide de deux vésicatoires placés derrière les oreilles. Les sternutatoires pourraient être utiles. Quant à l'électricité et au galvanisme, appliqués plus ou moins immédiatement sur le système nerveux de l'œil pour y réveiller la sensibilité éteinte, M. Velpeau pense qu'on a peut-être trop vanté l'efficacité de ces deux moyens. Il importe, d'ailleurs, de faire une distinction importante à ce sujet : ainsi, ces moyens sont évidemment nuisibles lorsque l'œil est douloureux

ou disposé aux fluxions; ils peuvent, au contraire, procurer de bons résultats, lorsque l'organe affecté a perdu une grande partie de sa sensibilité, et qu'il n'est le siége d'aucune irritation. C'est dans ces derniers cas que M. Magendie a appliqué l'électro-puncture, et qu'il a ainsi obtenu plusieurs guérisons complètes. Ce médecin implante les aiguilles sur le nerf frontal, à sa sortie du trou sourcilier, et dans le nerf sous-orbitaire à sa sortie du trou de ce nom; il met ensuite ces aiguilles en contact répété avec les deux pôles d'un pile voltaïque peu énergique, composée de douze paires de disques, desix pouces de diamètre en hauteur et en largeur. Je n'ai jamais vu M. Velpeau avoir recours à ce moyen.

Lorsque l'œil et les parties qui l'environnent ne sont le siége d'aucune espèce de douleurs, et qu'il n'existe aucune trace d'inflammation, on a proposé d'appliquer sur cet organe et les parties environnantes des médicaments excitants et même irritants. C'est ainsi qu'on pourrait faire usage du collyre indiqué dans Plenck, dont voici la formule : ℞, *croci metallorum* ʒj, *aquæ rosarum* ʒvj. On en instille quelques gouttes plusieurs fois par jour entre les paupières. Il paraît qu'on en retire de bons résultats. On a aussi vanté, dit M. Marjolin, le mélange connu sous le nom de *spiritus ophthalmicus Schmuckeri*, dont voici la composition : ℞ *spiritus liliorum convall.*..—*lavendulæ*,—*anthos*, — *salis ammoniaci*, ää ʒj, *balsam.*, *vitæ Hoffm.* ʒß. On verse dans le creux de la main une petite quantité de ce médicament, et on l'approche des yeux; on en fait aussi des frictions sur le front et les tempes. On a aussi pro-

posé de diriger avec précaution sur les yeux du gaz acide sulfureux, du gaz ammoniac, les vapeurs de l'éther phosphoré. On n'a pas craint même d'injecter entre les paupières le suc du *capsicum annuum*. J'ai souvent entendu M. Velpeau s'élever avec force contre ces moyens, sans contredit trop irritants, et dont il est difficile de diriger convenablement l'action.

Dans quelques cas d'affaiblissement de la vue, M. Serres (d'Uzès) a employé avec succès la cautérisation de la cornée transparente avec le nitrate d'argent. M. Velpeau a pratiqué plusieurs fois cette petite opération sur des amaurotiques; mais, je dois le dire, il n'en est jamais résulté aucune amélioration sensible pour l'amaurose; tout l'effet de ce moyen s'est borné à un resserrement constant de la pupille.

Tels sont les principaux remèdes qui ont été conseillés contre cette seconde espèce d'amaurose; ils sont nombreux, comme on le voit; c'est au praticien à savoir les combiner convenablement suivant les cas.

Quelle que soit l'espèce d'amaurose à laquelle on a affaire, il importe d'essayer successivement chacun des moyens dont je viens de parler, car il arrive très souvent, comme l'observe avec raison M. Marjolin, qu'on ne parvient à trouver le moyen de guérison qu'à la suite de plusieurs essais infructueux, qui exigent autant de zèle et de prudence de la part du médecin que de patience et de courage de la part du malade. Quelle que soit la cause de cette maladie, il faut, pendant son traitement, et même après sa guérison, que les personnes qui en sont ou qui en ont été affectées renoncent aux occupations, aux exercices, aux habitudes

qui pourraient fatiguer ou affaiblir leurs yeux ; et dans le cas où l'amaurose a été occasionnée par une prédisposition fluxionnaire ou par une cachexie quelconque, il est convenable de conserver un exutoire, et de le faire suppurer pendant longtemps.

Phlegmon oculaire.

Jusqu'ici, nous avons étudié les phlegmasies oculaires plus ou moins limitées aux différents tissus qui entrent dans la contexture de l'œil ; il nous reste maintenant à parler de l'inflammation phlegmoneuse de toutes les parties internes et externes de cet organe, à laquelle participent en même temps les paupières et les tissus introrbitaires, inflammation qui a été décrite par les auteurs sous les noms d'*ophthalmite*, de *phelgmon oculaire*. M. Velpeau préfère cette dernière dénomination ; elle donne une idée plus claire et plus précise de la maladie.

Le phlegmon oculaire débute tantôt par l'inflammation des tissus du globe de l'œil, tantôt par celle des annexes de cet organe ; tantôt, enfin, toutes les parties contenues dans la cavité orbitaire s'enflamment simultanément. Quelquefois la maladie ne comprend qu'un seul œil ; d'autres fois tous les deux se trouvent affectés. Quoi qu'il en soit, les symptômes qui caractérisent cette affection sont les suivants : les malades éprouvent au fond de l'œil des douleurs violentes, pulsatives, comparables de tous points à celles qui sont produites par le panaris. Ces douleurs s'irradient au front, à la tempe ; et lorsque l'inflammation est très intense, elles sont si violentes, que quelques malades poussent des cris

affreux, se battent la tête contre les murs et cherchent même à se suicider (Carron du Villards). Ils éprouvent dans l'œil un sentiment de chaleur brûlante, de tension, de plénitude. Le plus léger rayon de lumière accroît leur souffrance; aussi les voit-on cacher soigneusement leur tête sous les draps. Le globe de l'œil et ses annexes sont le siége d'un gonflement phlegmoneux considérable ; toutefois, il est vrai de dire que ce gonflement est plutôt constitué par les annexes de l'organe et le tissu cellulaire ambiant que par la coque oculaire. La peau des paupières est chaude, mais elle est peu rouge. Si on soulève la paupière supérieure, les douleurs deviennent beaucoup plus vives, la cornée fuit le jour, et se cache spontanément sous la paupière inférieure ou sous l'angle interne. On voit alors que la conjonctive oculaire est le siége d'un œdème plus ou moins prononcé, et que la rougeur n'est pas très intense. Lorsque l'intérieur de l'œil peut être examiné, avant qu'il existe du trouble, de la suffusion, l'humeur aqueuse offre un aspect rosé, l'iris est le siége d'une injection vasculaire très prononcée, la pupille est resserrée, souvent même la capsule du cristallin présente une couleur rougeâtre; le fond de l'œil, en un mot, offre tous les caractères d'une phlegmasie intense. Mais, hâtons-nous de le dire, il est souvent très difficile de bien constater l'état de ces parties profondes; car, comme je l'ai fait observer plus haut, dès qu'on écarte les paupières, la cornée se cache promptement, malgré les efforts que peuvent faire les malades. Ce serait là, d'ailleurs, une curiosité qui ne servirait qu'à augmenter les souffrances sans être d'une grande utilité pour

le diagnostic : aux symptômes énumérés plus haut, il n'est pas possible de se méprendre sur la nature de la maladie. A ces phénomènes locaux se joignent des accidents généraux, toujours très graves, tels que la fréquence du pouls, l'augmentation de la chaleur générale, l'anxiété, les mouvements convulsifs, le délire même.

Telle est la première période du phlegmon oculaire, appelée *période de pyropsie*. Elle peut avoir une durée plus ou moins longue. Toutefois, il est rare qu'elle persiste au delà de quelques jours. Plusieurs fois même on a vu la suppuration s'emparer de l'organe affecté dans l'espace de vingt-quatre heures. M. Velpeau en a observé quelques exemples.

Lorsque la phlegmasie n'a pas été arrêtée dans sa marche, et qu'elle est parvenue à son summum d'intensité, la maladie revêt un autre caractère. L'œil perd de sa chaleur; la photophobie se dissipe graduellement; la tension du globe oculaire, la turgescence des parties voisines persistent, augmentent même : mais les douleurs, quoique excessivement vives, sont moins lancinantes, plus continues; les phénomènes généraux persistent. Ces signes indiquent que la suppuration s'établit et même que du pus est déjà formé. C'est alors la seconde période de la maladie, appelée *période de suppuration*.

Le pus s'accumule plus ou moins rapidement; la turgescence du globe oculaire augmente; les douleurs deviennent atroces. Bientôt la coque de l'œil se distend, s'amincit et finit enfin par céder; c'est la troisième période de la maladie appelée *période de rupture spontanée*. La matière purulente s'épanche au dehors; dès

lors les douleurs cessent presque instantanément; les phénomènes généraux s'amendent aussi : le malade en est quitte pour avoir perdu l'œil ; et, après un temps plus ou moins long, tout rentre dans l'ordre.

Telle est la marche que suit le phlegmon oculaire, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même.

Quelque fâcheuse que soit cette terminaison, puisqu'elle cause toujours la perte de l'œil, il n'en est pas moins vrai de dire que, lorsque du pus est rassemblé en grande quantité dans cet organe, et que le malade ne veut pas se soumettre à une incision, on doit encore la désirer, car chacun sait qu'alors la vie est gravement compromise. Les annales de la science renferment plusieurs cas de mort. « Tout le monde connaît, dit M. Rognetta, cette observation que Louis a consignée dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, concernant deux jeunes demoiselles, sœurs, âgées d'une vingtaine d'années, qui venaient d'éprouver la petite-vérole confluente; les yeux étaient atteints de phlegmon considérable, et les deux malades avaient le délire. Louis, ayant été consulté conjointement à plusieurs médecins du pays, trouva ces organes à l'état empyémateux et fortement distendus; il proposa de les vider d'un coup de bistouri. Les consultants ne goûtèrent point son conseil ; ils s'y opposèrent, ayant trouvé fort étrange un remède qui consistait à crever les yeux. L'événement cependant justifia la justesse de la proposition de Louis. Chez l'une, la nature fit ce que le chirurgien avait voulu pratiquer lui-même, les yeux se crevèrent et se vidèrent spontanément, et la malade échappa

à la mort en restant aveugle ; l'autre succomba à la suppuration qui se propagea dans l'intérieur du crâne. » De pareils faits parlent assez haut, et n'ont pas besoin de commentaires.

Les causes qui peuvent produire le phlegmon oculaire sont nombreuses. Il est évident que toutes celles qui donnent lieu aux phlegmasies partielles que nous avons étudiées jusqu'ici, doivent être prises en considération dans l'étiologie de l'*ophthalmite*. Je n'y reviendrai pas ; je dois observer, toutefois, que tous les auteurs s'accordent à dire à ce sujet, que ce sont plus particulièrement les causes qui donnent lieu à la conjonctivite qui produisent le phlegmon oculaire. Néanmoins, hâtons-nous de le dire, l'inflammation du globe de l'œil est ordinairement causée par une violente contusion ou par une plaie de l'œil lui-même. Les brûlures profondes de cet organe, de quelque nature qu'elles soient, doivent être aussi rangées dans cet ordre de causes : on en trouve plusieurs exemples dans les auteurs. Souvent aussi le phlegmon oculaire se manifeste pendant le cours ou vers le déclin de la variole confluente ; on l'a aussi observé à la suite de fièvres graves.

D'après tout ce que je viens de dire, il est facile de comprendre que le pronostic de l'affection qui nous occupe est toujours grave. Pour faire sentir toute cette gravité, dit Boyer, il suffit de faire remarquer que quelle que, soit la méthode de traitement qu'on emploie, la perte de la vue est presque inévitable, et la fonte de l'œil fort à craindre ; que la vie du malade est toujours en danger, à moins que la nature ou l'art ne fournisse une issue aux humeurs qui distendent l'organe affecté.

La thérapeutique du phlegmon oculaire doit évidemment varier dans les trois périodes de la maladie ; mais on peut dire d'une manière générale que le chirurgien doit agir ici avec beaucoup d'énergie; c'est là un précepte qu'il ne faut point perdre de vue.

Dans la première période, les émissions sanguines constituent la base du traitement. Les saignées coup sur coup, d'après la méthode de M. Bouillaud, sont très avantageuses, et on doit insister sur cette médication, tant que l'état du pouls le réclame. On a même proposé de tirer du sang jusqu'à produire la syncope. Les émissions sanguines générales doivent être aidées par des applications de sangsues et de ventouses scarifiées. Les pédiluves, les dérivatifs cutanés sont utiles, et ne doivent point être négligés. Mais un moyen très avantageux et qui vient singulièrement en aide à la saignée est, sans contredit, l'usage du tartre stibié à haute dose. M. Velpeau a une grande confiance en ce moyen. Au début de la maladie, les irrigations d'eau froide sur l'œil, peuvent produire de bons résultats ; mais il importe de ne pas trop insister sur ce moyen. Les malades doivent être placés dans un endroit obscur ; cette précaution est de beaucoup préférable à celle qui consiste à envelopper l'organe affecté de linges épais. Ils doivent être tenus à une diète sévère, et à l'usage de boissons rafraîchissantes.

Voici du reste, la pratique adoptée par M. Velpeau dans cette première période de la maladie : si le sujet est fort et vigoureux, s'il n'a pas été épuisé par une maladie antérieure, il insiste énergiquement sur les émissions san-

guines générales. Les saignées *coup sur coup* lui paraissent préférables dans ces cas. Il fait appliquer une ou deux fois par jour des sangsues et des ventouses scarifiées; il ordonne des bains de pieds aiguisés avec de la soude caustique. Dès le second jour, il fait usage du tartre stibié à haute dose; un vésicatoire ou un séton est appliqué à la nuque. Lorsque le malade est faible, il insiste d'une manière toute particulière sur le tartre stibié, et il se borne à quelques émissions sanguines locales, et aux dérivatifs.

Dans la seconde période de la maladie, c'est-à-dire, lorsque la suppuration est établie, que l'œil est tendu, et que les phénomènes généraux donnent des craintes pour la vie des malades, il n'y a pas à balancer, il faut avoir recours à l'ouverture de l'organe et sacrifier celui-ci à la conservation de l'individu. L'ouverture de l'œil doit être faite tantôt à l'aide d'une simple ponction avec un bistouri, tantôt en pratiquant une incision plus ou moins étendue sur la moitié inférieure de la cornée, ou même en enlevant un lambeau de cette membrane. Toutes les fois, dit M. Velpeau, qu'on présume que la suppuration n'est point encore établie, et qu'on croit nécessaire d'opérer, il faut préférer la simple ponction. On pratique alors cette opération avec un bistouri étroit, à la partie supérieure de la sclérotique, à deux ou trois lignes de la cornée; par ce moyen, il ne s'écoule qu'une quantité d'humeur convenable, on peut espérer de conserver au malade un œil moins difforme, et dans quelques cas même, la vue pourrait ne pas être entièrement perdue. Mais lorsque la suppuration est définitivement établie, l'organe est perdu sans ressource; si les deux yeux sont également

affectés, il est à peu près indifférent d'user de tel procédé ou de tel autre pour donner issue au pus. Mais lorsqu'un œil seul est atteint, le chirurgien doit avoir en vue de se ménager un moignon convenable pour pouvoir appliquer dans la suite un œil artificiel et corriger ainsi la difformité. M. Velpeau pense qu'alors il vaut mieux procéder tout de suite à l'excision de la cornée. J'ai déjà indiqué le manuel de cette opération.

Dans la troisième période, c'est-à-dire, lorsque la matière purulente s'est épanchée au dehors, soit spontanément, soit par une opération, le traitement n'offre plus rien de particulier; le chirurgien doit se borner à surveiller et à diriger la suppuration, afin d'obtenir une cicatrice sans difformité et un moignon tel, que le malade puisse jouir dans la suite de tous les avantages de la prothèse.

Exophthalmie.

On désigne ainsi la sortie de l'œil hors de la cavité orbitaire. L'exophthalmie n'est point constituée par une affection primitive du globe de l'œil; elle est toujours le symptôme de quelque autre altération. Lors même que le déplacement est ancien et étendu, il peut se faire que l'organe conserve toute son intégrité. On a observé plusieurs cas de ce genre. Cette circonstance, qu'il importe de ne point oublier, sert à distinguer l'affection dont nous allons nous occuper de toutes celles qui la simulent en quelque sorte, et dans lesquelles l'organe de la vision est le siége d'une altération plus ou moins grave.

La sortie de l'œil hors de la cavité orbitaire,

sans maladie primitive de cet organe, peut dépendre de différentes causes. Elles ont été classées en trois ordres, qui constituent trois espèces d'exophthalmies bien distinctes. Ainsi, le déplacement de l'œil peut dépendre : 1° d'une lésion traumatique; 2° de l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs de nature diverse, développées dans l'orbite; 3° du relâchement des parties qui fixent l'organe dans cette cavité.

1° L'exophthalmie qui dépend d'une cause traumatique s'observe tantôt à la suite d'une chute ou d'un coup violent sur la région oculaire ou sur le sommet de la tête; tantôt à la suite de blessures faites aux parties molles de l'orbite sans intéresser le globe de l'œil. Quoi qu'il en soit, l'exorbitisme qui survient dans ces cas dépend, soit de la déchirure ou de la paralysie des muscles de l'œil, soit de l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire, soit enfin du gonflement que détermine l'inflammation des parties blessées. On voit alors l'œil, chassé en avant, écarter les paupières et venir même quelquefois pendre plus ou moins sur la joue. Les paupières, la membrane muqueuse oculaire, sont le siége d'une ecchymose plus ou moins intense; ordinairement la pupille est déformée, et la vision plus ou moins même troublée ou abolie. Dans cette première espèce d'exophthalmie, le déplacement de l'œil s'opère toujours avec promptitude; on conçoit, en outre, qu'il puisse survenir immédiatement après l'accident.

Pour préciser d'une manière convenable la conduite que doit suivre le chirurgien en pareille circonstance, il importe d'établir quelques distinctions.

Lorsque les muscles et le nerf optique n'ont pas été déchirés, si le chirurgien est appelé, avant que les accidents inflammatoires se soient développés et que le gonflement phlegmasique ait pris la place de l'œil, cet organe peut être immédiatement remis en place avec facilité, et on peut espérer que la vision se rétablira plus ou moins complétement. Covillard, Lamswerde, Spigel et quelques autres, disent avoir obtenu des guérisons de ce genre. Je dois ajouter toutefois que quelques uns de ces faits renferment certaines circonstances qu'il est difficile d'admettre. C'est ce qui a porté plusieurs chirurgiens, Maître-Jan entre autres, à les révoquer en doute. Mais, dit M. Velpeau, Louis a très bien remarqué qu'en débarrassant les assertions de ces observateurs de ce qu'elles ont d'hyperbolique, on y trouve la preuve que le nerf optique et les muscles qui l'entourent peuvent subir un allongement considérable, sans exiger l'extirpation de l'œil. On conçoit, d'ailleurs, qu'il est souvent très difficile de préciser toute l'étendue de la lésion, et d'établir un pronostic certain sur la terminaison de la maladie. Toujours est-il que, dans les cas dont je parle, le chirurgien doit replacer l'œil dans l'orbite s'il en a été expulsé, et lui rendre autant que possible sa position naturelle. Cette réduction s'opère assez facilement avec la main. Si l'œil ne pouvait pas être réduit tout d'abord d'une manière complète, il ne faudrait pas trop insister; plus tard, il reprend de lui-même sa position primitive. Il est inutile d'ajouter qu'avant d'opérer ces manœuvres, on doit s'assurer qu'il ne reste plus dans la cavité orbitaire aucun fragment du corps vulnérant; dans ce cas, il faudrait commencer par en faire

l'extraction. Si l'orbite avait été fracturé, et que quelques fragments osseux eussent été déviés, il faudrait aussi en opérer la réduction. Cela fait, si les paupières ont été divisées, on en rapproche convenablement les lambeaux, et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage approprié. Pour prévenir l'inflammation, ou pour la combattre lorsqu'elle est survenue, il importe d'insister d'une manière toute particulière sur les antiphlogistiques, tels que émissions sanguines générales et locales, applications émollientes, diète, boissons rafraîchissantes, etc. Richter conseille dans ce cas l'usage des topiques résolutifs. Souvent, après la réduction de l'œil, il survient un ou plusieurs abcès dans le tissu cellulaire de la cavité orbitaire; il ne faut pas tarder à en pratiquer l'ouverture et à leur appliquer la médication convenable. S'il survient des symptômes généraux, on les combat par les moyens appropriés.

Lorsque le nerf optique et les muscles qui l'entourent ont été détruits, déracinés, et que l'œil pend sur la joue, la vue est évidemment perdue pour toujours. Dans ces cas, on a encore conseillé de remettre l'organe à sa place, non dans l'espoir de rétablir la fonction visuelle, mais pour remédier autant que possible à la difformité, et pour avoir dans la suite un moignon capable de supporter un œil artificiel. M. Velpeau ne partage pas cette opinion; suivant ce chirurgien, il vaut mieux sacrifier l'organe, l'enlever sur le champ.

Si l'œil est ouvert et vidé, s'il ne tient plus à la cavité orbitaire que par quelques lambeaux, il n'y a pas à balancer; tous les chirurgiens ordonnent en pareil cas de procé-

der immédiatement à l'excision de ces lambeaux.

Que penser maintenant de ce seigneur qui soutenait à Guillemeau que son chirurgien, prenant un œil tombé à terre, l'avait remis dans l'orbite avec succès? Discuter de pareils faits, ce serait leur accorder une importance qu'ils sont loin de mériter.

2° La deuxième espèce d'exophthalmie, qu'on a proposé de nommer *symptomatique*, dépend de l'existence de tumeurs de diverse nature développées dans l'orbite ou aux environs de cette cavité. Ces tumeurs sont ordinairement enkystées ou graisseuses; mais elles peuvent être aussi constituées par des exostoses, des abcès, des polypes; d'autres fois aussi ce sont des cancers, des engorgements de la glande lacrymale, des anévrismes, etc. Comme le traitement consiste ici à combattre la maladie principale dont le déplacement de l'œil n'est qu'un symptôme, je vais entrer dans quelques détails à ce sujet.

A. Les tumeurs enkystées de l'orbite se développent au milieu du tissu cellulaire, des muscles et des autres parties contenues dans cette cavité. Elles sont plus ou moins volumineuses. Dans le plus grand nombre de cas, dit Scarpa, elles offrent le volume d'un œuf de pigeon; quelquefois elles le dépassent. La matière qu'elles renferment n'est pas toujours la même : tantôt c'est une sérosité limpide, ou jaunâtre, ou purulente; tantôt c'est un liquide visqueux assez compacte, ou même une substance grasse dont la couleur et la consistance varient. Ces tumeurs sont quelquefois divisées en deux ou plusieurs loges. Le plus souvent, elles sont situées sous le globe

de l'œil, et il est rare qu'en se développant et en refoulant l'œil en avant et en haut, elles ne viennent pas faire elles-mêmes une saillie plus ou moins considérable. C'est ainsi qu'on les voit soulever la paupière inférieure, glisser sous cette partie du voile oculaire et venir se montrer sur la pommette. Quelquefois elles se développent sur les côtés de l'œil. Il est facile de comprendre quel doit être dans tous ces cas le déplacement de l'organe. Toujours est-il que le parallélisme étant détruit, la fonction visuelle ne s'exerce plus d'une manière régulière. Cependant, il est vrai de dire que, malgré la distension qu'éprouve le nerf optique, malgré le déplacement du globe de l'œil, cet organe ne perd pas complétement la faculté de voir dans tous les cas.

Ce serait en vain qu'on tenterait de triompher de cette classe de tumeurs à l'aide des topiques. Il faut ici avoir recours à des moyens chirurgicaux. Si la tumeur n'est constituée que par un kyste plein de matières plus ou moins liquides, on peut se contenter d'y enfoncer un bistouri et d'en maintenir la cavité ouverte au moyen d'une mèche de charpie. Guérin, de Bordeaux, croyant extirper la glande lacrymale ou bien un cancer, reconnut, après avoir traversé la paupière, qu'il était tombé sur une tumeur remplie de matières semi-liquides; il l'ouvrit, la vida, y introduisit une tente, et vit le kyste s'exfolier le vingt-unième jour. La science possède plusieurs autres faits de ce genre. MM. Schmidt et Rutdhorffer, qui ont souvent observé des tumeurs de ce genre, pensent qu'on peut se contenter d'une ponction avec le trois-quarts. On sait que Ware guérit un malade après soixante-trois

ponctions d'un kyste séreux qu'il avait dans l'orbite.

Mais, hâtons nous de le dire, la ponction ou l'incision simples sont assez souvent insuffisantes; il est plus rationnel d'avoir recours à l'excision du kyste. Cette opération comprend trois procédés principaux.

1° *Procédé des anciens.* — Le malade est assis ou couché, la tête bien assujettie par un aide. Le chirurgien tend d'une main la paupière inférieure qui recouvre la tumeur, tandis que de l'autre, armée d'un bistouri convexe, il divise transversalement la peau et le muscle orbiculaire suivant la direction de ses fibres et de l'arcade inférieure de l'orbite. Cette incision doit être un peu plus longue que le volume de la tumeur. Il importe de ne point blesser le kyste, car alors les manœuvres deviendraient évidemment plus difficiles. Dès que la tumeur fait saillie à travers la plaie, on la saisit avec une érigne, on l'attire doucement à soi, puis, à l'aide du bistouri ou des ciseaux, on la dissèque avec soin et on l'extirpe, en emportant jusqu'à ses racines les plus profondes. Pendant l'opération, des aides épongent le sang; si malgré cette précaution ce liquide gênait les manœuvres de l'opérateur, on pourrait faire jaillir continuellement un filet d'eau fraîche à l'aide d'une petite seringue. Si le sac était ouvert, et que la matière contenue s'échappât au dehors, il faudrait continuer l'opération et emporter les parois du kyste, soit d'une seule pièce, soit par lambeaux. Dès que l'opération est terminée, on essuie convenablement la plaie, on la remplit mollement avec des boulettes de charpie, et on maintient le tout à l'aide d'un bandage

approprié. Les accidents consécutifs sont ensuite prévenus ou combattus à l'aide des antiphlogistiques.

Tel est le procédé que suivent encore de nos jours la grande majorité des praticiens.

2° *Procédé de Dupuytren.* — Ayant à faire l'ablation d'un kyste situé au-dessous de l'œil entre cet organe et la paroi inférieure de l'orbite, Dupuytren divisa la paupière inférieure vers son milieu, disséqua les deux lambeaux et les renversa latéralement. Lopération fut ensuite terminée comme précédemment. La plaie fut pansée par seconde intention, et plus tard les lambeaux de la paupière furent réunis comme dans l'opération du bec de lièvre.

3° *Procédé de M. Velpeau.* — « On atteindrait mieux le but, dit M. Velpeau, que par le procédé ancien, en commençant par prolonger la commissure externe vers la tempe, de manière à pouvoir renverser les paupières. Divers essais m'ont démontré qu'en agissant ainsi, on met facilement à découvert les deux tiers externes de la circonférence orbitaire. Cela étant fait, le chirurgien sépare la tumeur qu'il veut enlever de la cavité osseuse qui la renferme, en divisant le tissu cellulaire de sa face externe, la dissèque jusqu'à sa plus grande profondeur, l'isole, avec toutes les précautions possibles, soit des muscles, soit du nerf optique, soit du globe oculaire lui-même, et l'attire au dehors avec le doigt ou une érigne. Pour plus de facilité, il serait bon peut-être de la circonscrire aussi par une incision en demi-lune du côté de la cornée transparente.

« C'est par inadvertance sans doute, ajoute M. Velpeau, qu'on a reproché à ce procédé

d'exposer trop à blesser les conduits de la glande lacrymale ; car, s'ils en valaient la peine, il mettrait encore mieux à même de les respecter que celui qui consiste à pénétrer dans l'orbite au travers de la paupière supérieure. »

Quel que soit le procédé que l'on mette en usage, il ne faut jamais tenter la réunion immédiate ; il importe de laisser suppurer la plaie, et de veiller à ce que la cicatrisation s'opère de dedans en dehors. Chez un sujet dont la plaie se ferma trop promptement, Guérin vit naître des symptômes si redoutables, qu'il crut devoir rompre la cicatrice. Dès que la suppuration est établie, il faut renouveler chaque jour le pansement. Souvent même il est nécessaire de faire des injections dans le fond de la plaie.

Après l'opération, il survient quelquefois un gonflement si considérable, que l'œil, au bout de quelques jours, fait une saillie presque aussi prononcée qu'auparavant ; mais ce boursoufflement inflammatoire ne tarde pas à se dissiper à l'aide des antiphlogistiques ; et dans l'espace de dix à trente jours, tout rentre dans l'ordre, et la guérison est ordinairement effectuée.

B. Les tumeurs graisseuses qui se développent dans l'orbite offrent, dans la plupart des cas, la structure des lipomes ; elles peuvent être aussi constituées par une hypertrophie, une induration du tissu cellulaire. Cette distinction est importante, comme nous allons le voir ; les caractères de la maladie ne sont pas absolument les mêmes, et le traitement varie dans les deux cas.

Quelle que soit, d'ailleurs, la nature de la

tumeur, l'exophthalmie se développe toujours avec plus ou moins de lenteur ; l'œil est chassé peu à peu en avant ou sur les côtés de l'orbite ; au début de la maladie, la vision conserve ordinairement son intégrité ; mais plus tard, elle est plus ou moins troublée, suivant le développement de la tumeur et la direction que prend le globe oculaire.

Si la tumeur est constituée par un lipome, elle se montre ordinairement sur l'un des côtés de l'œil, et cet organe est alors refoulé du côté opposé ; on la voit devenir de plus en plus manifeste, et la vision diminue en raison directe de cet accroissement. Si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, des douleurs de plus en plus vives se manifestent, la conjonctive s'enflamme, s'ulcère, la fièvre survient, et la vie du malade est plus ou moins compromise.

Si la tumeur est constituée par une hypertrophie, une induration du tissu cellulaire, l'œil est, dans la plupart des cas, refoulé directement en avant ; on n'aperçoit alors aucune tumeur sur les côtés de cet organe ; la vision n'est que très légèrement dérangée. Il est rare que l'exophthalmie soit aussi prononcée que dans le cas précédent. Après avoir pris un certain développement, la tumeur finit ordinairement par rester stationnaire. On en a même vu quelques unes se dissiper par les seules forces de la nature.

Il s'en faut que le traitement soit le même contre ces deux espèces de tumeurs. S'il s'agit d'un lipome, la seule indication rationnelle qui existe, c'est l'extirpation. Ce serait en vain qu'on tourmenterait les malades par l'usage de médicaments, soit externes, soit internes ; une pareille

conduite ne servirait qu'à faire perdre du temps, et permettrait à la maladie de faire des progrès tels, que l'organe de la vision finirait par courir des risques. Quant aux règles à suivre dans l'opération, elles sont absolument les mêmes que celles que nous avons indiquées en traitant des tumeurs enkystées. Ajoutons, toutefois, que le procédé de M. Velpeau offre ici des avantages réels. Les suites de l'opération sont aussi les mêmes; je n'y reviendrai pas.

S'il s'agit d'une hypertrophie simple du tissu cellulaire, et que la tumeur n'ait pas acquis un volume considérable, l'opération n'est nullement indiquée; il faut alors avoir recours à un autre ordre de moyens. On a employé plusieurs fois avec avantages une compression méthodiquement faite sur la région malade. Je dois ajouter toutefois, que, pour ne pas trop fatiguer l'organe affecté, il importe de ne pas rendre cette compression permanente. Mais une médication sur laquelle on peut compter est, sans contredit, le traitement mercuriel à l'intérieur et en frictions autour de l'orbite. Il est vrai de dire pourtant que ces divers moyens ne réussissent pas toujours, et qu'alors on est obligé d'en venir à l'extirpation de l'œil. Nous indiquerons plus tard les règles à suivre dans cette opération.

C. L'exophthalmie peut aussi être produite par le développement d'une tumeur sanguine dans la cavité orbitaire. Ces tumeurs offrent trois variétés principales : ainsi, elles peuvent être constituées, 1° par un anévrisme du tronc de l'artère ophthalmique; 2° par un anévrisme par anastomose; 3° par un épanchement de sang

dans le tissu cellulaire. Entrons dans quelques détails.

1. *Anévrisme de l'artère ophthalmique.* — Cette affection se lie souvent à une hypertrophie du cœur. L'œil fait une saillie proportionnée au volume de la tumeur. La vision persiste jusqu'à une certaine période de la maladie; mais elle finit toujours par être plus ou moins complétement abolie, lorsque le développement de la tumeur n'est point arrêté. L'œil offre un bruit sifflant et saccadé qui retentit dans le cerveau du malade, et qui l'empêche de se livrer au sommeil. La tumeur est pulsative, et ses pulsations coïncident plus ou moins avec les battements du cœur. En comprimant la carotide du côté malade, on fait disparaître le bruit et les pulsations dont l'orbite est le siége. Un cas fort remarquable de ce genre, et celui dont parle Guthrie; l'affection existait des deux côtés. Le malade, n'ayant pas voulu se soumettre à la ligature des carotides, seul moyen qui pût triompher de la maladie, succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva de chaque côté un anévrisme de l'artère ophthalmique, de la grosseur d'une noix; la veine ophthalmique était elle-même distendue et présentait une obstruction dans l'endroit où elle passe par le trou orbitaire supérieur. Les muscles de l'orbite étaient atrophiés, et présentaient une dureté presque cartilagineuse.

Lorsque cette première variété de tumeur sanguine n'est pas encore très développée, ou bien lorsque les malades ne veulent point se soumettre à l'opération dont nous allons parler, on a conseillé les saignées générales et locales plus ou moins répétées, suivant la constitution

des sujets, une diète sévère, des applications permanentes d'eau froide sur la région orbitaire, l'usage de la digitale. C'est ainsi que Langenbeck a guéri un de ses malades. Mais, hâtons-nous de le dire, ces moyens sont le plus souvent insuffisants; ils peuvent retarder, il est vrai, les progrès du mal; mais, dans la plupart des cas, ils ne peuvent en triompher; il faut alors avoir recours à une opération, à la ligature de la carotide primitive. L'efficacité de cette opération, dans les cas dont nous parlons, est maintenant trop bien connue pour que j'insiste sur ce point. Si l'anévrisme existe des deux côtés, et qu'il soit nécessaire de lier les deux carotides, il faudra ne pratiquer la seconde ligature que quelques mois après la première opération.

2. *Anévrisme par anastomose.* — L'élément dominant de cette variété de tumeur sanguine est tantôt artériel, tantôt veineux; quelquefois aussi sa substance est en partie vasculaire et en partie fibreuse ou graisseuse, ainsi que Dupuytren le fit observer chez un étudiant en médecine de Versailles, qu'il opéra en novembre 1829. (Rognetta.)

Les caractères de la maladie sont ici différents de ceux dont j'ai parlé plus haut : le volume et la forme de la tumeur sont variables; quelquefois elle est plate et circonscrite; d'autres fois elle est ovalaire, ou de forme irrégulière, présentant des prolongements diversement dirigés. Dans la plupart des cas, ces prolongements viennent faire saillie en avant, et alors c'est le plus ordinairement au côté supérieur et interne qu'on les observe; toutefois, ils peuvent aussi se montrer sur les autres points de la circonférence de l'orbite. L'exophthalmie est oblique ou di-

recte suivant le siége qu'occupe la tumeur. Lorsque celle-ci a acquis un certain degré de développement, les paupières sont distendues et renversées en dehors, leurs vaisseaux sont variqueux. La vision est alors plus ou moins troublée, elle peut même être entièrement suspendue. Lorsque la tumeur fait saillie au dehors, et qu'elle est accessible au toucher, on sent qu'elle est rénitente, souvent pulsatile, à rythme artériel; assez souvent, elle est réductible par la pression directe, ou bien par la compression de l'artère carotide primitive. Les malades n'éprouvent plus ici un bruit sifflant et saccadé, mais seulement un tintement, une espèce de bourdonnement de *susurrus* qui les fatigue et qui se propage dans toute la tête. Je n'entrerai pas dans plus de détails sur les caractères de cette variété de tumeurs sanguines. On en trouvera une plus ample description dans les deux observations que je vais rapporter.

On a proposé contre l'anévrisme par anastomose de l'orbite la ligature, la compression aidée des réfrigérants, l'extirpation, l'oblitération de la carotide. Les deux premiers moyens ne sont applicables que dans quelques cas exceptionnels; je ne m'y arrêterai pas. Je dois ajouter, néanmoins, que la compression et les réfrigérants ont été tentés avec succès. La ligature de la carotide et l'extirpation doivent être seules considérées comme méthodes générales. Chez l'étudiant de Versailles dont j'ai parlé plus haut, Dupuytren extirpa l'œil et la tumeur en même temps; la guérison eut lieu. A propos de la ligature de la carotide, je citerai ici l'observation de Travers, et celle d'un malade que j'ai observé le mois dernier dans le service de M. Velpeau.

J'extrais textuellement le premier de ces faits de l'ouvrage de M. Carron du Villards (1) : « Une femme, âgée de trente-quatre ans, bien constituée et enceinte de quelques mois, après avoir éprouvé pendant quelques jours une violente douleur de tête, ressentit tout à coup, le 28 décembre 1804, un craquement douloureux du côté gauche du front, qui fut suivi par l'œdème des paupières du même côté; une ophthalmie violente survint, et la malade s'aperçut à la fois d'une saillie du globe de l'œil, avec diminution de la vue, et d'une tumeur circonscrite, à peu près grosse comme une noisette, paraissant au bord inférieur de l'orbite; une autre tumeur, plus molle et plus diffuse, parut en même temps au dessus du tendon de l'orbiculaire.

« De ces tumeurs, l'inférieure présentait des pulsations semblables à celles des grandes artères, et la supérieure un frémissement vibratoire très marqué; elles étaient mollasses, compressibles, élastiques; l'inférieure pouvait être refoulée dans l'orbite; mais la douleur était alors insupportable; l'agitation de l'ame ou un violent exercice en augmentaient les pulsations. La malade avait dans la tête la sensation continuelle d'un bruit qu'elle comparait à celui d'un soufflet. Mais ce qui la tourmentait le plus, était une douleur obtuse avec un sentiment de froid au sommet de la tête, douleur s'irradiant quelquefois par élancement au front et aux tempes. Le globe de l'œil était poussé en haut et en dehors, et ses mouvements considérablement gênés.

(1) Guide pratique des maladies des yeux, t. II, p. 480.

« Peu à peu, la maladie faisait des progrès, lents à la vérité ; le sourcil gauche se rétrécit et s'éleva de deux ou trois lignes au-dessus de celui du côté opposé; la base de l'orbite fut dépassée par les paupières, portées en avant et constamment fermées. Les veines de la supérieure devinrent variqueuses, celles du côté du nez tout injectées, et la peau de cette région épaisse et ridée. La compression du tronc de la carotide commune faisait entièrement cesser les pulsations, et réduisait le frémissement à un être presque insensible.

« Une telle réunion de symptômes ne laissait aucun doute sur l'existence de la maladie désignée par John Bell sous le nom d'anévrisme par anastomose. La nature et l'issue funeste de cette affection, bien connue par des exemples précédents, ne permettaient pas de l'abandonner à elle-même, et de tous les moyens de l'attaquer, le plus rationnel parut être la ligature de la carotide, qui devait être au moins suivie d'une diminution considérable et permanente dans l'abord du sang destiné à la tumeur.

« Cette opération fut exécutée le 23 mai 1809, quatre ans et demi après la première apparition de la maladie. L'artère carotide gauche, mise à découvert par une incision de deux pouces et demi sur le bord interne du sterno-mastoïdien, fut disséquée, entourée de deux ligatures placées à un quart de pouce de distance l'une de l'autre, et laissée entière entre les ligatures; la plaie fut réunie ensuite par des bandelettes agglutinatives. L'effet immédiat de cette ligature fut la cessation complète du bruit, une diminution de la douleur et de la pulsation des tumeurs.

« Après diverses alternatives de mieux et de plus mal, la plaie fut cicatrisée sans accident au bout d'un mois. L'amendement des symptômes locaux continua d'une manière lente et graduelle; mais ce fut seulement sur la fin d'octobre, qu'à l'occasion d'une fausse couche, suivie d'une hémorrhagie abondante, le battement des tumeurs cessa complétement, et que celles-ci parurent s'avancer rapidement vers une disparition totale, avec le rétablissement proportionnel de l'œil dans sa situation naturelle. Enfin, la santé de cette femme, fort affaiblie par ces diverses circonstances, et le chagrin qu'elle éprouva de la perte d'un enfant, ne fut complétement rétablie qu'au mois d'août 1810, après un séjour de deux mois à la campagne.

« Au mois de mai 1811, deux ans par conséquent après l'opération, il ne restait d'autre trace de cette fâcheuse maladie qu'un tubercule de la grosseur d'un pois, situé dans le grand angle de l'œil, au dessus du tendon de l'orbiculaire.

« Il est peu parlé, ajoute M. Carron du Villards, de l'état de la vue avant l'opération; mais quelques jours après, la malade commençait, dit-on, à distinguer les objets plus grands qu'ils n'étaient réellement, et obscurs. Ce défaut se sera-t-il corrigé par la suite, et la faculté de voir aura-t-elle été rétablie au degré où elle était avant la maladie? C'est ce dont il n'est fait aucune mention. »

Par une circonstance indépendante de ma volonté, n'ayant pas pu suivre assez assidûment le malade dont on va lire l'observation, j'ai eu recours à l'obligeance de M. le docteur Boucha-

court, qui a bien voulu me communiquer tous les détails de ce fait important.

Joseph May, de Paris, âgé de vingt-six ans, est entré à l'hospice de la Charité le 6 juillet 1839, et a été couché au n° 37 de la salle Ste.-Vierge. Cet homme, d'une taille assez élevée, paraît bien constitué; ses muscles sont développés, il a toujours joui d'une bonne santé, il exerce depuis quelques années la profession de peintre en bâtiment.

Les renseignements qu'il nous a fournis sur ce qu'il a éprouvé avant la dernière maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital se réduisent à ceci : 1° une chute sur le côté droit de la poitrine il y a sept ans : une application de sangsues fit disparaître les accidents inflammatoires consécutifs; 2° à vingt-un ans, un écoulement blennorrhagique, qui n'a duré que huit jours, et qui a disparu sous l'influence des boissons adoucissantes. Depuis cette époque May n'a plus rien éprouvé. J'ajouterai, enfin, qu'étant jeune, il a eu la petite vérole, et qu'il n'a pas été vacciné.

Quatre mois environ avant son entrée à l'hôpital, il reçut sur la nuque un coup de poing asséné par un homme vigoureux. Il ne fut point jeté à terre, et ne perdit pas entièrement connaissance, mais il resta étourdi un instant. L'accident arriva à dix heures du soir, et le lendemain dans la journée May s'aperçut que son œil droit était plus saillant que le gauche, sans que la vue fût le moins du monde altérée. Les jours suivants, l'œil gauche parut éprouver la même projection en avant sans plus de détriment pour la vue. Il est bon de noter que depuis l'accident, le point qui avait été contus à la nuque se tuméfia, surtout à droite, sans offrir aucun symp-

tôme inflammatoire. Le malade y fit appliquer de son chef dix saugsues, et plus tard se fit faire une saignée.

En même temps que May observa la saillie plus marquée de ses yeux, il ressentit dans l'intérieur des orbites des battements très forts, dit-il, accompagnés d'une violente céphalalgie; toutefois, ces deux symptômes étaient peu marqués d'abord, ils allaient tous les jours en croissant; enfin, ils restèrent pendant quelques semaines à l'état stationnaire. Ces battements étaient plus violents quand le malade faisait quelques efforts musculaires, après la marche, et surtout après une course forcée. Ils devenaient insupportables quand le malade tenait la tête baissée pendant quelques moments.

Une exploration attentive et minutieuse du malade fut faite le 12 juillet par M. Velpeau, et voici les symptômes qui ont été notés par M. Bouchacourt. L'aspect de la face a quelque chose de hagard; elle est peu colorée, ses vaisseaux ne sont point injectés au delà de ce qu'on observe dans l'état normal; ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est une saillie considérable des yeux.

Les paupières, surtout les supérieures, et à droite plus qu'à gauche, sont considérablement soulevées; les veines qui les parcourent sont très apparentes et semblent dilatées; du reste, sauf un peu d'amincissement, la peau est saine; du côté gauche, on distingue quelques légères saillies sous-cutanées, offrant une sorte de fluctuation et donnant à la peau qui les couvre une teinte bleuâtre. La conjonctive palpébrale est un peu rouge, plutôt violacée que d'une teinte vive; les

vaisseaux de la conjonctive oculaire sont extrêmement dilatés, gorgés de sang noir; les veines paraissent plus spécialement distendues. Il existe dans le tissu cellulaire sous-muqueux une légère infiltration séreuse.

Les deux globes oculaires font manifestement une saillie plus grande que dans l'état normal; la cornée ne paraît ni amincie, ni proéminente; l'iris est sain, quoique un peu lent à se contracter; les milieux de l'œil sont parfaitement transparents; la sclérotique semble distendue et amincie des deux côtés, et laisse mieux percevoir que dans l'état normal la teinte bleue de la choroïde; la vue n'est point altérée du côté gauche, mais l'œil droit ne distingue pas nettement les objets.

Les doigts appliqués sur l'œil, les paupières étant fermées, perçoivent une certaine rénitence et des battements obscurs; si on applique l'oreille à nu sur les paupières, on entend un bruit de souffle exagéré, marqué surtout à droite. Il est isochrone aux battements du cœur; il cesse immédiatement quand on comprime la carotide du côté correspondant; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la compression de la carotide droite arrête presque entièrement le bruit de l'orbite gauche. En comprimant le tronc carotidien de ce côté, la tumeur orbitaire n'a plus le bruit de souffle, mais celle du côté droit n'en ressent aucune influence. Dès l'instant que la compression cesse, le bruit reparaît; le malade alors perçoit de nouveau les battements intérieurs qu'il avait pour un moment cessé d'entendre.

La tête est parfois douloureuse, presque toujours pesante. Toutes les fonctions s'exécutent

bien; le pouls n'a rien d'anormal. Le malade ne pressent en rien la gravité de cette affection.

Tel était l'état des choses le 12 juillet. Depuis cette époque jusqu'au 10 août, il n'y a pas eu de changement notable; les battements sont peut-être devenus plus forts et les yeux plus saillants. On a maintenu presque constamment des compresses imbibées d'eau de Goulard sur les yeux; deux piqûres faites aux petites tumeurs des paupières ont donné issue à un peu de sang noir qui s'est infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané, et a donné pendant quelques jours à la peau une teinte ecchymotique qui a bientôt disparu. Aucune autre opération n'a été faite pendant ce premier mois de séjour à l'hôpital; à plusieurs reprises on a constaté tous les symptômes que nous venons d'indiquer; en conséquence, la ligature du tronc carotidien droit ayant été décidée, M. Velpeau l'exécuta le 10 août à neuf heures et demi du matin, en présence d'un grand nombre d'élèves et de plusieurs chirurgiens.

Le malade étant couché sur le lit des opérations, la tête soulevée, et le côté droit du cou mis en évidence, M. Velpeau fit à la partie antérieure et interne du muscle sterno-mastoïdien droit une incision de trois pouces, qui comprit les téguments et le fascia sous-cutané. A l'aide d'une nouvelle incision dirigée dans le même sens, les couches fibro-celluleuses profondes furent coupées jusqu'au faisceau nervoso-vasculaire. Dans ce trajet, on eut à couper une petite artère qu'on lia instantanément, et le muscle omoplate hyoïdien, qui fut divisé sur une sonde cannelée. A l'aide de ce dernier instrument, l'artère carotide fut mise à nu et isolée avec soin de la veine et des autres organes en-

vironnants. La veine jugulaire interne était médiocrement gonflée; il ne fut pas bien difficile de la ménager. Soulevant alors le tronc artériel sur la sonde préalablement recourbée, il fut facile de s'assurer que c'était bien lui. Un fil ciré double, passé avec une aiguille dont la pointe mousse suivait la cannelure de la sonde et noué deux fois avec assez de force, étreignit alors le vaisseau.

Toutes ces manœuvres, qui avaient duré environ quatorze à seize minutes, furent immédiatement suivies de la cessation des battements dans la tumeur; instantanément le malade cessa de les entendre, et les doigts appliqués sur les paupières cessèrent de les percevoir. L'oreille appliquée sur les yeux comme les jours précédents ne perçut pas davantage le bruit de souffle, si marqué auparavant.

Un des bouts de la ligature fut coupé près du nœud, l'autre maintenu au dehors avec une petite bandelette de diachilon; il en fut de même du fil qui étreignit l'artériole; on les fixa à la partie inférieure de la plaie. Après que le sang eut été convenablement épanché, les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus en contact parfait à l'aide de deux bandelettes de diachilon. Un linge percé, enduit de cérat et recouvert d'un plumasseau de charpie, fut appliqué par dessus. Pansement léger. L'appareil est imbibé d'eau de Goulard. Le malade est reporté à son lit. (Potion avec vingt-cinq gouttes de laudanum de Sydenham.; sirop gom.; diète.)

Du 10 au matin au 11, un peu d'assoupissement et de pesanteur de tête. Pas de sommeil. Soif vive. Pas de fièvre. Chaleur modérée. Aucun symptôme bien prononcé.

Le 12, la tête est douloureuse, la face exprime l'anxiété. Les yeux paraissent déjà moins saillants, les pupilles semblent moins dilatées. Le malade n'entend plus de battements. Pouls à cent-huit, dur. Rien du côté du cœur. La déglutition est pénible, le malade accuse de la douleur au moment où elle se fait; il crachote beaucoup. Salivation. Sommeil d'une heure au plus.

La plaie est douloureuse; il y a de la tuméfaction au-dessus de la clavicule, de la tension et de la douleur à la pression; celle-ci fait refluer un peu de sang qui s'écoule par les points de la plaie correspondants aux ligatures. Le reste est déjà réuni. La peau présente une rougeur diffuse assez marquée.

La respiration est courte, un peu gênée, le malade accuse de la douleur au devant de la poitrine. Comme l'inflammation phlegmoneuse est imminente, on fait appliquer vingt sangsues autour de la plaie. Cataplasmes émollients après leur chute. Une saignée de dix onces environ, faite hier soir, offre une couenne assez prononcée. M. Velpeau détruit les adhérences récentes qui maintiennent réunis les bords de la plaie, il craint une suppuration profonde.

Le 13, l'amélioration du côté des yeux persiste. La céphalalgie continue, surtout en arrière. Soif vive. Langue blanche. Pas d'appétit. Il n'y a pas encore eu de selle. Salivation moindre. Déglutition moins difficile et moins douloureuse. Le pouls, moins dur, est à quatre-vingt-six. Chaleur moins vive. Un peu plus de sommeil pendant la nuit, et un peu moins d'assoupissement dans la journée.

La peau du cou et des environs de la plaie offre une teinte moins rouge; la pression est moins douloureuse, l'engorgement paraît diminué, la tension est beaucoup moins marquée. (Onct. merc.; catap. de farine de lin; limon. tartriq.; potion avec le laudanum et la teinture de digitale, ãa xx gout.; bouillon.)

Le 14, pas de changement. Le mieux se continue. (Même prescription. Un potage; deux bouillons.)

Le 15, hier soir, quelques vomissements bilieux; chaleur; céphalalgie. La rougeur, qui n'avait pas entièrement disparu, s'étend en arrière du cou, aux oreilles, sur l'épaule. Langue sale; soif vive. Il y a eu deux selles presque liquides. Application de compresses imbibées avec une dissolution de sulfate de fer. Cataplasmes sur la plaie, qui suppure; la pression de ses bords fait refouler du pus de la partie inférieure.

Le 16, céphalalgie; lassitudes, brisement des membres. Pouls à quatre-vingt-seize. La pression des bords de la plaie et de sa partie inférieure donne issue à près d'une demi-once d'un pus crémeux, bien lié, nullement fétide. L'érysipèle qui s'est développé au cou s'étend au bras. (On continue le sulfate de fer.)

Du 17 au 21, l'érysipèle a gagné le dos et la poitrine. Cependant le pouls est resté à quatre-vingt. Léger catarrhe pulmonaire. Crachats muqueux. Le malade commence à dormir un peu pendant la nuit. La plaie offre un bon aspect; il s'écoule encore un peu de pus à la pression au niveau des ouvertures que traversent les ligatures; le reste est cicatrisé.

Le 23, l'érysipèle est presque éteint. Pouls à

quatre-vingts. Le malade dort. L'appétit revient. Il y a encore un peu de suppuration, qu'on évacue soigneusement à chaque pansement. (Le quart.)

Le 27, il sort encore un peu de pus de la plaie. L'érysipèle a complétement disparu. On tire légèrement le fil qui embrasse l'artère, mais il ne se détache pas encore. (La demi-portion.)

Le 29, on amène le fil par une très faible traction. Le nœud est encore serré, et renferme une portion d'artère longue de deux lignes, blanchâtre, d'un aspect fibreux, un peu molle, mais cependant offrant encore assez de résistance. Les jours suivants, le malade mange les trois quarts, et quitte l'hôpital, le 10 septembre, un mois après l'opération.

A cette époque, la plaie suppure encore, mais très superficiellement, dans les points que traversaient les ligatures; la peau est saine dans les environs; la pression ne fait plus refluer du pus. On ne sent pas de battements entre le point lié et la partie supérieure du vaisseau; on n'en sent pas non plus immédiatement au-dessous.

Les deux yeux se sont notablement affaissés; mais l'exophthalmie persiste encore du côté droit. Les veines dilatées des paupières, les tumeurs variqueuses qui les soulevaient, sont revenues sur elles-mêmes. Les vaisseaux conjonctivaux sont beaucoup moins injectés. On ne perçoit plus de battements. L'oreille appliquée sur l'œil droit n'entend plus le bruit de souffle; il y a encore un léger bruit sourd à gauche. Le sommeil est revenu avec les forces; le malade se lève depuis plusieurs jours. La face n'est pas plus pâle qu'avant l'opération.

L'intelligence est parfaitement normale ; les fonctions sensoriales, motrices, n'ont éprouvé aucune modification.

3° Lorsqu'à la suite d'une cause traumatique quelconque un épanchement sanguin s'opère dans les tissus introrbitaires, cet épanchement peut acquérir un volume tel, que l'œil soit chassé plus ou moins hors de l'orbite. Le plus souvent, il est vrai, cette extravasion se borne à produire une ecchymose ; mais lorsque l'artère ophthalmique se trouve blessée, on conçoit facilement la production du phénomène dont j'ai parlé plus haut. M. Rognetta cite dans son livre un fait de cette nature, qu'il a puisé dans la *Lancette anglaise :* « Il s'agit, dit ce chirurgien, d'un jeune matelot, âgé de vingt ans, qui, par suite d'une chute, éprouva une commotion cérébrale, puis une otorrhée purulente ; sa vue s'est troublée, l'œil a commencé a être expulsé de l'orbite, la conjonctive à s'infiltrer de sang ; enfin, une tumeur pulsatile s'est manifestée à l'angle interne supérieur de l'orbite, offrant le volume d'une noix et tous les caractères des anévrismes. M. Busk a pratiqué la ligature de la carotide primitive, et la guérison a eu lieu.»

D. Une hypertrophie de la glande lacrymale, un fongus de la dure-mère, une tumeur cancéreuse, peuvent aussi produire une exophthalmie plus ou moins prononcée. Je ne puis entrer dans aucun développement à ce sujet, car cela me conduirait évidemment trop loin.

E. Si la sortie de l'œil hors de l'orbite est produite par un polype des fosses nasales ou du sinus maxillaire, par une hydropisie ou une col-

lection purulente de cette dernière cavité, il n'y a rien autre à faire qu'à extraire ces tumeurs, ou à évacuer le liquide dont l'accumulation est la cause de la maladie.

F. L'exophthalmie peut être aussi produite par le développement de tumeurs dans les sinus frontaux. On en a observé plusieurs exemples. L'extraction est encore ici la seule indication rationnelle. On sait que Langenbeck a eu occasion d'extraire du sinus frontal d'une jeune fille une grosse hydatide, qui avait repoussé en avant la paroi externe du sinus, et tellement déprimé l'arcade orbitaire, que le globe de l'œil était dévié en bas jusqu'au niveau du bout du nez. Après que le sinus eut été ouvert, et l'hydatide enlevée, il restait dans le frontal une cavité de deux pouces et demi de profondeur. M. Lawrence a vu à l'infirmerie établie à Londres pour le traitement des maladies des yeux, un cas d'exophthalmie produite par une collection d'hydatides dans l'orbite. La tumeur fut ouverte, les hydatides extraites, et la maladie complétement guérie.

L'exophthalmie peut, en outre, dépendre d'une exostose, d'une déformation quelconque de l'orbite.

Quelle que soit d'ailleurs la tumeur qui produise la proéminence du globe de l'œil, dès qu'elle a été extraite, ou bien qu'on est parvenu à la faire disparaître à l'aide de tout autre moyen, l'œil reprend sa place primitive, et si la vision n'a pas déjà éprouvé une altération trop prononcée, elle peut se rétablir comme auparavant.

Langenbeck cite le cas d'une exophthalmie

produite par un stéatome de l'orbite : quoique la vue fût entièrement suspendue, la pupille n'en avait pas moins conservé sa forme régulière et ses mouvements. L'extraction de la tumeur fut pratiquée, et la vue se rétablit parfaitement. Toutefois, il est une circonstance que les praticiens ne doivent point perdre de vue, c'est que lorsque la proéminence de l'œil est considérable, et que les paupières ne peuvent plus recouvrir la totalité de cet organe, le contact permanent de l'air et des corpuscules qui s'y trouvent suspendus ne tarde pas à l'enflammer et à produire sur la cornée des ulcérations et des taches qui amènent la cécité; aussi, dans ce cas, doit-on se hâter d'avoir recours à l'opération.

3° La troisième espèce d'exophthalmie, c'est-à-dire celle qui paraît dépendre du relâchement et de l'allongement des parties molles qui fixent l'œil au fond de l'orbite, est beaucoup plus rare que la précédente. On en trouve pourtant un exemple remarquable dans la *Pathologie de Verduc*, t. II, p. 44. Je crois devoir le mentionner ici : « Celui qui en était incommodé était un jeune homme, peintre, qui vint un jour à l'assemblée de feu M. l'abbé de La Roche, pour consulter les médecins qui avaient coutume de se trouver à ses conférences. Tous ceux qui se trouvaient présents furent étrangement surpris de voir une chose si extraordinaire, car, en moins d'une heure, l'œil descendit et rentra dans l'orbite plus de six fois. »

D'après Verduc, les vomissements, la toux, les efforts pour aller à la selle, pour accoucher, peuvent produire la chute de l'œil; mais comme il n'existe jusqu'à ce jour aucune preuve bien authentique qui vienne à l'appui de cette asser-

tion, on peut au moins la révoquer en doute. Que faire, si un cas semblable se présentait dans la pratique? Le raisonnement porte à penser que le moyen le plus efficace serait l'application, continuée pendant plusieurs mois, d'un bandage propre à retenir l'œil dans sa position naturelle, et à favoriser le raccourcissement, la rétraction de ses muscles. Boyer pense qu'il serait peut-être plus convenable, pour produire plus sûrement cet effet, de soustraire l'œil sain à la lumière, afin de prévenir les mouvements de l'œil malade.

Atrophie de l'œil.

L'atrophie de l'œil consiste dans la diminution ou l'absence totale des humeurs de cet organe, et dans le resserrement de ses membranes. Les causes de cette affection sont nombreuses, comme il est facile de le comprendre. Elle peut, en effet, succéder à une contusion, à une blessure, à une violente inflammation du globe de l'œil; elle est la suite nécessaire de la rupture ou de l'incision des membranes de la coque oculaire dans l'hydrophthalmie; mais, dans ce dernier cas, comme l'observe fort bien Boyer, au lieu de constituer une maladie qu'on doive combattre, elle est la terminaison la plus heureuse de l'affection qui l'a précédée. Quelquefois elle paraît due à certaines causes internes dont on ne peut guère calculer l'influence. On l'a vue survenir dans le cours d'une fièvre hectique; elle peut enfin se développer à la suite des mêmes causes qui produisent la même infirmité dans toutes les autres régions du corps. Il serait de la plus haute importance de pouvoir reconnaître, dans tous les cas, la cause qui produit cette atro-

phie, car c'est contre elle que doivent être dirigées toutes les ressources de la thérapeutique. Mais malheureusement, la véritable etiologie de cette affection nous échappe le plus souvent, et encore, il faut le dire, lors même qu'elle nous est connue, l'art reste le plus souvent impuissant.

Il est évident que nous n'entendons parler ici que des cas où l'atrophie est encore incomplète; car si l'œil était déjà réduit à un petit corps opaque dans le fond de l'orbite, il n'y aurait plus à s'en occuper.

Lorsque l'atrophie est due à une violente contusion, à la rupture des membranes de l'œil, ou à une inflammation interne de cet organe, elle est précédée des symptômes qui appartiennent à ces affections; je n'y reviendrai pas; mais lorsqu'elle survient spontanément, elle présente un groupe des symptômes à elle appartenants, et que les praticiens doivent connaître : dans ces cas, l'iris se déforme, se ride, se rétrécit et perd sa couleur normale; le cristallin devient opaque; les humeurs de l'œil diminuent de quantité; le globe oculaire est mollasse, ondulant; en le touchant avec le bout du doigt sur la sclérotique, il cède comme une vessie à moitié pleine. (Rognetta). Bientôt, les diamètres des chambres oculaires se raccourcissent; de là un rapprochement progressif des milieux de l'œil. C'est ainsi qu'après un temps plus ou moins long, la face antérieure de la capsule du cristallin vient s'appliquer contre la face postérieur de l'iris, et que cette membrane se trouve en rapport immédiat avec la cornée. La coque oculaire est alors rapetissée; la cornée a perdu sa transparence; par la suite, toute la sphère oculaire se ratatine, se

plisse, et finit enfin par se réduire en une sorte de bouton couvert de rides irrégulières : tels sont les caractères physiques de la maladie qui nous occupe. Les symptômes physiologiques, c'est-à-dire les altérations de la faculté visuelle, suivent les progrès des signes que je viens de mentionner. La cécité en est la conséquence naturelle, lorsque la maladie n'est point arrêtée dans sa marche.

Quelquefois, à la suite de l'opération de la cataracte par extraction, ou à la suite d'une plaie de la cornée ou de la sclérotique, une partie plus ou moins considérable de l'humeur aqueuse ou du corps vitré s'échappe au dehors, et le globe oculaire diminue de volume. Cet état, qui n'est que momentané, ne doit point être considéré comme une atrophie, car il est bien prouvé aujourd'hui que les humeurs de l'œil peuvent se reproduire, et se reproduisent en effet plus ou moins rapidement.

Le pronostic de cette maladie est toujours grave par rapport à l'organe affecté et à sa fonction visuelle. Tout ce qu'on peut espérer de plus heureux, c'est qu'après une progression plus ou moins avancée l'affection reste stationnaire, et que l'œil conserve une partie de l'intégrité de sa forme et de sa faculté visuelle. Mais malheureusement on n'obtient que fort rarement un pareil résultat; le plus souvent la maladie continue sa marche, une cécité complète survient; et après un temps plus ou moins long, l'organe disparaît en totalité, et se trouve remplacé par un petit bouton charnu situé au fond de l'œil. Il importe d'ajouter toutefois que l'atrophie de l'œil ne compromet jamais les jours des malades qui en sont affectés.

Que faire contre une pareille affection? L'art ne possède aucun moyen efficace. Le chirurgien doit se borner ici à combattre les causes connues ou présumées de la maladie.

Cancer de l'œil.

Comme tous les autres organes de l'économie, l'œil est sujet aux affections cancéreuses. Cet organe en est, il est vrai, moins fréquemment atteint que les mamelles et l'utérus chez la femme; les testicules chez l'homme, l'extrémité inférieure du rectum, et les téguments de la face chez l'un et l'autre sexe; mais, à part ces parties et quelques organes intérieurs, il n'en est peut être aucun autre qui en soit aussi souvent le siége.

Les causes qui déterminent le développement du cancer de l'œil sont à peu près les mêmes que celles qui donnent lieu à la même maladie dans les autres organes, c'est assez dire qu'elles sont encore pour la plupart entourées des plus épaisses ténèbres. Je ne m'en occuperai pas. Quelquefois, néanmoins, on a vu survenir cette affection à la suite de blessures, de contusions, de violentes inflammations du globe de l'œil. Mais, dans ces cas encore, faut-il admettre qu'il existe chez les sujets un je ne sais quoi qui prédispose à la maladie, car il s'en faut que ces lésions aient la même conséquence chez tous les individus.

Dans la plupart des cas, le cancer de l'œil débute sous la forme d'une ophthalmie chronique, légère dès le principe, mais dont la gravité augmente avec plus ou moins de rapidité. L'œil devient le siége d'une démangeaison incommode.

qui se change bientôt en une douleur obtuse; la conjonctive se tuméfie, l'œil est larmoyant et sensible à l'impression de la lumière. Jusque-là rien n'indique l'affection grave qui va se développer; et s'il n'existe aucun autre caractère, le chirurgien et le malade sont loin de s'attendre aux phénomènes qui vont apparaître. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, les douleurs deviennent vives et lancinantes par intervalles; l'œil augmente de volume, sa surface devient inégale et bosselée; on y observe de petites tumeurs variqueuses, la conjonctive offre un aspect livide, la vue s'obscurcit de plus en plus, la cornée perd sa transparence. Différents points de la coque oculaire s'enflamment, se gercent, se boursoufflent et se transforment en ulcères fongueux, livides, qui donnent passage à un hichor d'un rouge-noirâtre, à une sanie presque toujours fétide. Du fond de ces ulcères apparaissent des fongosités qui, faisant saillie au dehors sous forme de champignons, donnent à l'organe un aspect tout particulier et ajoutent à la difformité.

A mesure que l'œil augmente de volume, les paupières cessent de le couvrir; dès lors la conjonctive qui les tapisse s'en sépare et vient former autour de la tumeur cancéreuse un bourrelet circulaire de couleur rougeâtre. Dans la suite, la partie des paupières qui se trouve en rapport immédiat avec le globe de l'œil s'unit à lui. A cette période de la maladie, les douleurs sont excessives, les malades demandent à grands cris qu'on les débarrasse de leur mal; la suppuration est abondante, les fongosités sont plus prononcées, le globe oculaire revêt une teinte noirâtre, des hémorrhagies fréquentes survien-

nent, l'affection cancéreuse envahit les paupières, souvent même elle se propage jusqu'au tissu osseux de l'orbite; déjà l'organisme a éprouvé des altérations profondes; la fièvre hectique survient, et le malade succombe au milieu des plus vives souffrances.

Telle est la marche ordinaire du cancer de l'œil abandonné à lui même; comme on le voit, je n'ai retracé ici que ses principaux caractères. Dans ces derniers temps, on a établi des distinctions sur les affections cancéreuses du globe oculaire; mais je ne puis entrer ici dans tous ces détails, qu'on trouve développés dans les traités de chirurgie.

Le pronostic du cancer de l'œil est toujours très grave. Abandonnée à elle même, cette affection amène la mort des malades. Ce serait en vain qu'on tenterait d'en triompher par des moyens thérapeutiques. Une pareille conduite de la part du chirurgien serait blâmable, car elle permettrait à la maladie de faire des progrès tels, que l'opération ne pourrait plus offrir que très peu de chances de succès. Dès que le cancer est développé, l'extirpation du globe oculaire est le seul moyen qui puisse arracher les malades à la mort; encore faut-il ajouter qu'il s'en faut que cette opération soit une ressource infaillible dans tous les cas. D'ailleurs je ne crois pas pouvoir mieux faire que de rapporter ici textuellement les réflexions présentées par M. Velpeau lui-même sur ce sujet. (*Méd. Opér.*, 2e édit., t. III, p. 476 — 484.)

Cette citation sera un peu longue, il est vrai; mais le lecteur ne peut que m'approuver toutes les fois que je mets sous ses yeux quelques pages des écrits de M. Velpeau, qui expriment pleine-

ment ses idées actuelles sur le sujet qui nous occupe.

« Les affections cancéreuses seules permettent de songer à l'extirpation de l'œil non déplacé. Encore reste-t-il à décider, une fois que l'existence en est bien constatée, si l'opération doit être tentée. Ceux qui penchent pour l'affirmative, avec Desault, etc., se fondent principalement sur ce que le cancer de l'œil s'observe chez les enfants bien plus que chez les adultes, et que, dans le jeune âge, sa reproduction est beaucoup moins à craindre qu'après la puberté. Les autres invoquent les recherches de M. Wardrop, qui montrent que le *fungus hematodes*, un mélange de tissus encéphaloïde, érectile, colloïde, mélanique, ou l'une de ces matières seulement, forment presque toujours la maladie. Or, comme il n'est aucune variété de cancer qui repullule, soit dans le même lieu, soit ailleurs, avec plus d'obstination que celle-ci, ils soutiennent que c'est faire souffrir inutilement les malades, et qu'on doit se borner à de simples palliatifs. Ce que l'analogie, le raisonnement leur avait fait prévoir, l'expérience ne l'a que trop démontré. Quoi qu'en aient pu dire quelques auteurs, en effet, les travaux des anciens, comme ceux des modernes, prouvent assez que l'ablation du cancer de l'œil n'est pas moins sujette à récidive que celle de toute autre partie. Je n'en veux pas conclure, néanmoins, qu'il faille rester dans l'inaction. Loin de là, je pense qu'on doit s'empresser d'opérer avant que les viscères aient eu le temps de se laisser envahir par les germes morbifiques, dès que la nature du mal n'est plus douteuse, et toutes les fois qu'il paraît possible de l'enlever en entier. Tout ceci, d'ailleurs, rentre dans

la question générale de savoir s'il convient ou non d'opérer le cancer.

« I. *Manuel opératoire.*— a. *Procédé de Bartisch.* Beaucoup plus effrayante que difficile, plus redoutable pour la suite que par ses dangers immédiats, que délicate dans son exécution, l'extirpation de l'œil peut être pratiquée de manières assez diverses. On ne trouve aucun détail sur ce point dans les auteurs avant Bartisch qui n'eut besoin pour cerner les parties malades, que d'une espèce de cuillère tranchante, comme celle des sabotiers. Quoique personne aujourd'hui ne voulût recommander un instrument aussi grossier, il est inexact d'avancer qu'il expose à briser les os, et rende l'opération beaucoup plus difficile qu'avec tout autre couteau. Ses dimensions ne permettent pas, il est vrai, de le porter jusqu'au sommet de l'orbite, mais je ne vois pas qu'il soit fréquemment nécessaire d'aller aussi profondément. Pour être juste, on devrait donc se borner à le repousser comme inutile ou peu commode. Les ciseaux excavés de Delpech (1) et le scalpel concave de Mothe (2) ne valent guère mieux.

« b. *F. de Hilden*, qui eut l'occasion d'extirper l'œil en 1596, imagina d'en embrasser d'abord la partie saillante au moyen d'une bourse à coulisse. Après avoir blâmé les instruments de Bartisch (3), il parle du simple étran-

(1) Dict. des sc. méd., t. VII, p. 528.
(2) Journal gén. de méd., t. XLVIII, p. 121, 156.
(3) Cent. 6, obs. 1. Bonet, Corps de méd., p. 589.

glement préconisé par Ch. Chapuis. Détachant la tumeur des paupières à coups de bistouri, il se servit pour la section des muscles et du nerf optique d'une sorte de scalpel à deux tranchants, courbe sur le plat et tronqué à sa pointe. On reconnaît déjà dans ce procédé les principes d'une chirurgie plus éclairée, et le praticien dont parle Bartholin (1) est vraiment impardonnable de n'en pas avoir profité environ cinquante ans plus tard, de n'avoir pas reculé devant l'idée d'arracher l'œil avec des tenailles.

« Quoique plus ingénieux, l'instrument de Hilden a cependant subi le même sort que celui de Bartisch. Si Job-à-Meeken réussit avec la cuillère de l'oculiste de Dresde, comme Muys et Leclerc avec le couteau de Hilden, Lavauguyon soutint qu'une bonne lancette, fixée sur son manche, peut toujours suffire et leur être substituée. Saint-Yves n'eut besoin que d'un fil pour fixer la masse cancéreuse, et d'un instrument tranchant, qu'il ne désigne pas, pour tout le cours de l'opération. Les observations de Bidloo ne font non plus mentions d'aucun couteau particulier, si ce n'est d'un long bistouri coudé près de son manche, et que vanté aussi V. D. Maas.

« c. C'est *Heister* qui a fait voir par d'assez bonnes raisons qu'une érigne ou des pinces, et le bistouri ordinaire, dont Hoin, de Dijon, s'était déjà contenté en 1737, suffisent pour cette opération

« d. Les choses en étaient là, lorsque *Louis*

(1) Louis, Dict. de chir., t. II, p. 124.

entreprit de fixer les idées sur l'extirpation de l'œil. Quand la tumeur ne tient plus que par la racine des muscles droits et du nerf visuel, il faut, dit ce chirurgien, s'armer de ciseaux courbes sur le plat, les porter jusqu'au fond de l'orbite, diviser alors le pédicule musculo-nerveux, et s'en servir en même temps comme d'une cuillère pour amener le tout en avant.

« e. *Desault*, qui, dans les premières années de sa pratique, avait adopté le procédé de Louis, finit par abandonner les ciseaux comme inutiles, et par s'en tenir au simple bistouri, qui vaut effectivement mieux que le bistouri courbe de B. Bell. Sabatier, Boyer, Dupuytren, et tous les opérateurs d'aujourd'hui, se conforment aux conseils ou de Louis ou de Desault presque indifféremment. Avec les ciseaux courbes on ne court risque de pénétrer ni dans le crâne, ni dans la fosse zygomatique. Leur concavité s'accommode mieux à la forme de la tumeur, dont ils semblent aussi devoir saisir plus sûrement le pédicule. Mais avec le bistouri, il n'est pas nécessaire de changer d'instrument depuis le commencement jusqu'à la fin. La section des parties molles est plus nette. Il suffit de l'incliner dans un sens, pendant qu'on tire l'œil dans un autre, pour atteindre aisément la racine de ce dernier. Il faudrait être bien malheureux ou bien maladroit pour en porter la pointe dans le trou optique ou les fentes maxillaire et sphénoïdale. C'est donc encore ici, comme nous l'avons déjà vu si souvent, une affaire de choix ou de circonstance bien plus que de nécessité.

« *Premier temps.* — A la rigueur, le malade pourrait se tenir assis sur une chaise, mais il

vaut mieux l'opérer dans son lit, en ayant soin de lui élever beaucoup la tête. Le chirurgien se place du côté de l'œil affecté, et se comporte différemment, selon que les parties environnantes sont ou ne sont pas envahies par le cancer. Dans le premier cas, il se conforme au précepte de Guérin, pratique deux incisions en demi-lune, qui lui permettent de circonscrire la base de l'orbite et d'en détacher les paupières pour les enlever avec le reste du mal. Dans le second, il doit tout faire pour conserver les annexes de l'œil. Si elles ont contracté des adhérences sans avoir subi de véritable désorganisation, il dissèque chaque paupière par sa face interne et la renverse en dehors. Quand le globe oculaire est resté libre derrière, il suffit de prolonger, d'un coup de bistouri, l'angle palpébral externe d'environ un pouce vers la tempe, comme Acrel, et non pas Desault, paraît l'avoir formellement conseillé le premier. Dans tous les cas, un aide s'empare de la tête du malade, et se tient prêt à suivre, à favoriser tous les mouvements de l'opérateur. Celui-ci fixe la partie saillante de la tumeur avec la main, s'il le peut, ainsi que le faisait Desault. Autrement, il se sert d'une érigne simple ou à double crochet, d'une pince-érigne comme celle de Museux, ou de la bourse à coulisse de F. de Hilden, ou bien encore, comme le prescrit Saint-Yves, d'une forte ligature simple, si ce n'est d'un ruban en croix à l'instar de Chabrol (1), passée, au moyen d'une aiguille, à travers la masse dégénérée.

« *Deuxième temps.*—De la main droite, l'opé-

(1) Gaz. salut, 1782, n. 49, p. 4.

rateur s'empare du bistouri; le tient comme une plume; en porte la pointe au grand angle; l'enfonce en rasant l'os ethmoïde jusqu'aux environs du trou optique; lui fait parcourir à plat toute la demi-circonférence inférieure de l'orbite; divise l'attache du muscle petit oblique, la rainure oculo-palpébrale de la conjonctive et quelques filaments cellulo-graisseux; le reporte ensuite dans l'extrémité interne ou nasale de la plaie; en tourne le tranchant en haut, puis en dehors; coupe le muscle grand oblique, et tâche d'enlever en même temps la glande lacrymale, lorsqu'en parcourant la voûte orbitaire il arrive près de la tempe et se trouve sur le point de réunir les deux plaies par leur extrémité externe.

« *Troisième temps.* — Dès lors, l'œil ne tient plus que par un pédicule formé des quatre muscles droits et du nerf optique. Si, pour diviser ce pédicule, on préfère les ciseaux, l'opérateur les glisse du côté interne plutôt que du côté externe, la concavité tournée vers la tumeur aussi profondément que possible, et d'un trait il termine la séparation du cancer. Si quelques brides le retiennent encore, on les divise rapidement de la même manière, pendant qu'avec l'autre main on exerce les tractions convenables. Lorsqu'au lieu de ciseaux le chirurgien a recours au bistouri, il le porte aussi de préférence du côté interne. Dans ce sens la paroi orbitaire étant presque droite, il est facile, en inclinant en dehors la pointe de l'instrument, de croiser et de couper le pédicule musculo-nerveux. Je me hâte d'avouer cependant qu'avec le bistouri comme avec les ciseaux, il ne serait pas beaucoup plus difficile d'arriver au même but en suivant la paroi temporale de l'orbite. C'est même par là que

Desault pénétrait ordinairement et par choix, disant que ce chemin est le plus court et le plus commode. Un motif plus digne d'attention est qu'on éviterait ainsi plus sûrement de tomber sur les fentes maxillaire et sphénoïdale.

« Que la glande lacrymale soit cancéreuse ou non, il faut, quand on l'a manquée, la saisir aussitôt après avec une érigne ou une pince, et l'extraire. La sécrétion des larmes n'ayant plus aucun but, ne pourrait que nuire. C'est par inadvertance qu'on a cru pouvoir soutenir le contraire. Laissée dans l'orbite après l'enlèvement de l'œil, cette glande entretenait un larmoiement abondant et des accidents qui forcèrent M. Nelle (1) à l'extirper six mois plus tard. On s'assure d'ailleurs, en portant l'indicateur dans l'orbite, de l'état des parties restantes; et s'il en est qui ne soient pas saines, on s'efforce de les atteindre sans désemparer, de les enlever ou de les détruire, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux ou même avec la rugine.

« II. *Pansement.*— Aucune artère volumineuse n'a dû être blessée. Celles qu'on divise viennent toutes de l'ophthalmique. La ligature en est inutile quand même le sang coulerait en abondance. Des boulettes de charpie, saupoudrées ou non de colophane, et plus ou moins pressées, suffiraient pour l'arrêter. Dans les cas ordinaires, on remplit également de charpie le vide qu'on vient d'opérer, mais mollement, et comme pour soutenir la face postérieure des paupières. L'éponge, proposée par quelques praticiens à la place de cette substance, aurait l'in-

(1) Encyclop. des sc. méd., 1838, p. 250.

convénient de fatiguer les tissus en se gonflant au milieu d'une cavité solide. Le petit sachet rempli de cataplasmes émollients, tel que le recommande M. Travers, qui tient par dessus tout à éviter jusqu'à la plus légère compression, ne me paraît pas non plus offrir d'avantages réels.

« Au bout de quatre ou cinq jours, la suppuration est établie. La charpie s'enlève sans effort. Rien n'empêche d'ailleurs, pour rendre la levée du premier appareil encore plus simple, de couvrir le fond de la plaie d'un linge fin, enduit de cérat et criblé de trous, qui sert comme de sac aux bourdonnets, et qui, lorsque les paupières ont été emportées, se renversent aisément sur le contour orbitaire. Un plumasseau souple et assez large pour soutenir en avant les pièces plus profondes, une compresse longuette, posée obliquement, et le bandage monocle, complètent le pansement, que le moindre chirurgien, au reste, saura toujours modifier à propos, si les circonstances l'exigent. Après sa première levée, qui a lieu du troisième au sixième jour, ce pansement n'a plus rien de particulier. La plaie, lavée avec de l'eau tiède et doucement essuyée, doit être garnie chaque fois d'un peu de charpie sèche. Les paupières, modérément soulevées et protégées par de petites bandelettes enduites de cérat, sont recouvertes en définitive par un plumasseau mollet et une compresse. Le tout est maintenu par le monocle ou quelques tours de bande. La guérison s'opère ordinairement entre la troisième et la dixième semaine.

« III. *Remarques.*— Quoique la conservation des paupières rende la difformité moins choquante, il vaudrait mieux les sacrifier cependant, que de ne pas détruire jusqu'aux dernières

parcelles du mal. L'incision de leur angle externe rend plus facile le reste de l'opération, et n'entraîne aucun accident particulier. Un point de suture ou une simple bandelette agglutinative en procurerait d'ailleurs la réunion sans effort et sans inconvénient. Si on commençait par l'incision supérieure, le sang qui coule en nappe embarrasserait nécessairement un peu pour celle d'en bas. Les paupières ayant leur point fixe en dedans, on manœuvre avec plus de sûreté du nez vers la tempe, que de l'angle externe vers l'interne.

« Quand l'œil est seul affecté, comme il ne tient en avant que par le repli de la conjonctive et les muscles obliques, il n'est pas nécessaire de porter l'instrument à plus d'un pouce de profondeur. Il faut aller jusqu'au sommet de l'orbite, au contraire, lorsque des adhérences morbides se sont établies entre les parties molles et les os. Alors, la cuillère de Bartisch, le couteau de Hilden, le bistouri de Bidloo, exposeraient à des fractures qu'il est toujours bon d'éviter. C'est alors aussi qu'un instrument aigu quelconque conduit sans précaution pourrait briser le frontal et pénétrer dans le cerveau, si, pour atteindre plus sûrement le muscle élévateur ou la glande lacrymale, on en relevait trop la pointe; arriver dans le sinus maxillaire et diviser le nerf ou les vaisseaux sous-orbitaires, si on l'inclinait en sens opposé; pénétrer dans les fosses nasales en dedans, dans la fosse zygomatique ou ptérygo-maxillaire en arrière, et atteindre la seconde branche du nerf trijumeau ou l'artère maxillaire interne; dans le crâne encore, par la fente sphénoïdale, et toucher le lobe moyen de l'encéphale. Cependant, si le bistouri ne rase pas les os,

on court risque de ne pas emporter tout le cancer, d'être obligé d'y revenir après coup. La glande lacrymale, en particulier, presque entièrement cachée derrière l'apophyse orbitaire externe, ne peut être extraite, avec l'œil, qu'assez difficilement.

« La rugine conseillée par Bichat, ou les caustiques chimiques, seraient moins dangereux que le *cautère actuel*, s'il devenait indispensable d'agir au delà des parties molles, au moins du côté de la voûte orbitaire. En effet, la proximité du cerveau rendrait ici l'application du feu extrêmement redoutable. Si le fongus avait débuté par l'extérieur de l'œil, on aurait à en craindre des embranchements du côté de la tempe, du sinus maxillaire, du nez, etc. Ayant extirpé l'œil, M. Simonin (1) fut obligé de tamponer. Son malade mourut. Le plafond de l'orbite était perforé, et l'on trouva du sang sous la dure-mère. Voulant arrêter le sang et détruire des restes de tissu cérébroïde dans la fosse temporale et dans le sinus maxillaire, je portai là un cautère olivaire, en évitant avec soin la voûte de l'orbite. Le malade succomba le troisième jour, et nous rencontrâmes un épanchement de sang dans le lobe correspondant du cerveau. Est-ce l'opération qui fut cause de cette apoplexie, ou ne serait-ce là qu'une simple coïncidence? Bien qu'on ait l'habitude d'employer la même main pour la première et pour la seconde incision, il semble néanmoins plus commode pour l'œil droit, par exemple, de pratiquer celle d'en bas avec la main droite, et celle

(1) Décade chir., p. 21, 1858.

d'en haut avec la main gauche, à moins d'en exécuter une de la tempe vers le nez. On coupe le muscle élévateur, parce qu'autrement il tendrait continuellement à retirer en dedans la paupière supérieure après la guérison, et pourrait augmenter encore la difformité. J'ai oublié de dire que Dupuytren commençait par l'incision supérieure, et qu'il terminait en détachant l'organe du sommet vers la base de l'orbite.»

Yeux artificiels.

J'ai souvent parlé des yeux artificiels en traitant de plusieurs maladies de l'organe oculaire, c'est ici le moment de dire quelques mots sur ce moyen de corriger la difformité qui résulte de la perte d'un œil.

La prothèse oculaire était connue dès la plus haute antiquité. Les anciens faisaient usage de deux sortes d'yeux artificiels : l'une, qu'ils appliquaient sur les paupières et qu'ils nommaient ἐχθλεφαρος ; c'était une plaque métallique recouverte d'une peau fine sur laquelle était peinte l'image de l'œil et des paupières : cette plaque était fixée en arrière à l'aide de deux tiges d'acier ; ils s'en servaient pour les cas où les paupières avaient été détruites. L'autre, qu'ils appelaient ὑποθλεφαρος, était placée sous les paupières, comme les yeux artificiels dont on se sert de nos jours. Il est inutile d'ajouter que ces moyens étaient loin d'atteindre le but qu'on se proposait ; les premiers surtout devaient augmenter la difformité au lieu de la corriger. Actuellement il n'en est plus ainsi, la prothèse oculaire a acquis un tel degré de perfectionnement, qu'on serait bien en peine à une certaine

distance de distinguer un œil naturel d'un œil artificiel. Ceux qu'on emploie de nos jours sont en émail, et on est parvenu à simuler d'une manière parfaite les vaisseaux de la conjonctive, la cornée, la chambre antérieure, l'iris, l'ouverture pupillaire et la sclérotique.

Pour qu'un œil artificiel soit convenable, il doit offrir certaines conditions, que je me bornerai à énumérer. Ainsi, il doit avoir une similitude parfaite avec la forme et le volume de l'œil sain, il doit être d'une grande légèreté, ses bords et ses angles doivent être convenablement arrondis, toute sa surface doit offrir un poli parfait.

La prothèse oculaire n'est point applicable dans tous les cas. Et d'abord, on ne conçoit guère les avantages qu'elle pourrait offrir lorsque la vision est complétement abolie. Tout le monde comprend que ce serait en vain qu'on tenterait de corriger une pareille difformité chez un aveugle. Si les paupières sont paralysées ou adhérentes par des brides, il faut, avant d'appliquer l'œil artificiel, combattre ces lésions. Il est inutile d'ajouter que, lorsqu'il existe encore de l'inflammation dans l'orbite, on doit combattre cet état et n'avoir recours à la prothèse que lorsque la phlegmasie a complétement cessé depuis un certain temps. Plusieurs ophthalmologistes, Demours, Wenzel, entre autres, soutiennent qu'un œil artificiel peut être appliqué lorsqu'il n'existe plus de moignon dans l'orbite, comme après l'extirpation de l'œil. Voici ce que dit M. Velpeau à ce sujet : « Rien ne serait plus à désirer sans doute que de pouvoir faire usage d'un œil d'émail, quand le mal a permis de maintenir l'intégrité des voiles mobiles de l'organe, mais il ne faut pas trop s'en flatter. L'or-

bite, comme toutes les cavités naturelles, une fois dégarni, une fois vide, revient sur lui même. Ses parois se rapprochent par degrés du fond vers l'extérieur, sa circonférence s'affaisse, se déprime, de manière qu'au bout d'un certain temps, il se trouve presque complétement effacé par cette coarctation, et aussi par le développement d'une matière fibro-cartilagineuse. Obligées d'en suivre le retrait, les paupières contractent des adhérences par leur face postérieure, se déforment et deviennent le plus souvent incapables de s'appliquer sur l'organe artificiel qu'on voudrait placer derrière elles. En conséquence, on doit s'attendre, si le malade tient à voiler sa mutilation, que les paupières aient été détruites ou non, à être forcé de se contenter de lunettes artistiquement garnies ou d'une plaque de couleur qu'on fixe au devant de la cavité orbitaire. »

Pour placer un œil artificiel, on le saisit par sa face antérieure avec les trois premiers doigts d'une main, tandis que de l'autre on soulève la paupière supérieure au-dessous de laquelle on engage l'émail par son extrémité supérieure. On abandonne ensuite cette paupière et on abaisse alors l'inférieure jusqu'à ce que la coque puisse être introduite en totalité. Les paupières, en se rapprochant, maintiennent l'œil en place. Il faut l'ôter chaque soir et le déposer dans un verre d'eau fraîche. Pour l'enlever, on abaisse la paupière inférieure, et l'on insinue entre elle et le bord inférieur de l'émail une grosse tête d'épingle ou bien un petit crochet en ivoire ou en argent, avec lequel on le fait basculer en avant avec facilité. Il faut avoir soin de laver chaque soir l'orbite avec de l'eau fraîche.

VICES FONCTIONNELS DE LA VISION.

Nous étudierons sous ce titre la myopie, la presbytie, le strabisme, la diplopie, l'héméralopie et la nyctalopie.

Myopie.

Dans l'état naturel, il est une certaine limite en deçà et au delà de laquelle la vue ne s'exerce que d'une manière confuse. Cette limite a été fixée à cinq ou six pouces environ pour la lecture d'un imprimé en caractères ordinaires. Ainsi, lorsque les objets ne sont distingués clairement qu'en dedans ou en dehors de cet espace, il en résulte un vice de la vue qui porte, dans le premier cas, le nom de *myopie*, et, dans le second, celui de *presbytie*.

Nous définissons donc la *myopie* : Un vice de la vision qui ne permet de voir distinctement les objets qu'à une courte distance ou en deçà des limites de la vision normale. On a cherché à se rendre compte de ce phénomène, et les lois de la physique en ont donné l'explication. Voici ce que dit Boyer à ce sujet : « Lorsque l'œil est bien conformé, le cône de lumière qui part d'un point quelconque, et dont la base appuie sur la cornée, éprouve en traversant les membranes et les tumeurs de l'œil une réfraction telle, que tous les rayons jusqu'alors divergents deviennent parallèles, puis convergents, et se réunissent tous sur la rétine, où se forme l'image et d'où part la sensation qui est transmise au cerveau. Si l'on suppose maintenant que la propriété réfringente de cet organe est sensiblement aug-

mentée, il en résulte que les rayons se réuniront avant de parvenir à la rétine, qu'ils seront plus ou moins épars en y arrivant, selon que leur point de réunion sera plus ou moins éloigné de cette membrane. La confusion qu'une disposition semblable doit jeter dans la vue sera nécessairement différente, selon que les rayons lumineux qui parviennent à l'œil seront plus ou moins divergents, ou, si l'on veut, selon qu'ils devront être réfractés avec plus ou moins de force pour être réunis. Ainsi, les rayons qui partent d'un corps très éloigné, et qui sont presque parallèles lorsqu'ils frappent la cornée, exigent une force de réfraction moindre, et se réunissent plus près de la cornée que ceux qui viennent d'une distance moins grande et qui divergent davantage. A mesure que l'objet est moins éloigné, la confusion doit être moindre; elle doit cesser lorsque les rayons lumineux s'écartent sous un angle assez grand pour que l'œil, malgré l'augmentation de sa force réfringente, ne puisse pas les réunir avant qu'ils soient parvenus à la rétine. Voilà pourquoi, ajoute Boyer, les myopes voient distinctement à une distance à laquelle des yeux bien organisés ne distinguent plus les objets, et pourquoi ils n'aperçoivent que confusément les corps placés à plus de cinq ou six pouces de distance. »

Comme on le voit, la cause de la myopie consiste, en général, en ce que les rayons lumineux éprouvent une réfraction trop brusque en traversant les milieux de l'œil, et sont par conséquent trop tôt réunis en un foyer correspondant à un point situé en avant de la rétine, de telle sorte que, lorsqu'ils arrivent sur cette membrane, ils se trouvent de nouveau divergents, et ne

peuvent former qu'une image plus ou moins confuse.

Ces courtes considérations suffisent pour montrer que la myopie est non seulement l'effet d'une organisation vicieuse de l'œil, mais encore qu'elle peut être le symptôme d'une affection plus ou moins grave de cet organe. Nous classerons parmi les maladies qui peuvent produire ce vice de la vision, toutes celles qui ont pour effet d'allonger le diamètre cornéo-rétinien, ou d'augmenter la force réfractile des parties que traversent les rayons lumineux. C'est ainsi que le staphylome transparent de la cornée et le nuage de cette membrane produisent ordinairement ce phénomène, la première de ces deux affections, en prolongeant le diamètre antéro-postérieur de l'œil; la seconde, en augmentant la force de réfraction de la cornée. On conçoit en outre que l'hydrophthalmie doit produire le même effet.

Le même phénomène s'observe aussi dans les cas de dilatation permanente de la pupille. La myopie, dit M. Rognetta, est ici le résultat de la trop grande quantité de lumière qui, en entrant par une large ouverture pupillaire, frappe très obliquement le cristallin; de là une trop forte réfraction et par conséquent un foyer lumineux qui est en deçà du centre de la rétine. Néanmoins, je dois ajouter que, d'après M. Weller (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, traduction de Riester, t. II, p. 52), il est extrêmement rare que la myopie soit la suite naturelle d'un mydriasis devenu habituel. On a observé, en outre, que ce vice de la vision est encore produit par l'hypertrophie du cristallin, par l'hydropisie de l'humeur de Morga-

gni, par un développement anormal du corps vitré, et enfin par une augmentation de volume du globe oculaire, survenue à la suite d'une affection quelconque. Mais, hâtons-nous de le dire, la myopie peut exister sans être accompagnée d'aucune de ces affections. Dans ces cas, elle est due tantôt à un vice d'organisation de l'œil, tantôt à une habitude vicieuse.

La myopie est, pour ainsi dire, naturelle chez les enfants, la conformation de leur œil en rend facilement compte; mais il faut ajouter que, si des causes particulières n'interviennent pas, ce vice de la vision disparaît ordinairement par les progrès de l'âge. C'est là sans doute ce qui a fait dire à M. Lawrence que la myopie ne s'observe guère dans le jeune âge. (*Traité prat. des maladies des yeux*, trad. de M. Billard, 1830, p. 384.) D'après cet ophthalmologiste, elle ne se manifeste ordinairement qu'à quinze ou dix-huit ans, et lorsqu'elle existe avant cet âge, elle se montre probablement à un si faible degré, que les individus qui en sont atteints n'y font pas attention.

Il est bien reconnu aujourd'hui par tous les observateurs que la myopie peut dépendre d'une habitude vicieuse des yeux. C'est ainsi qu'on l'observe le plus souvent chez les personnes élevées dans l'opulence, et que l'on a exercées de bonne heure à une faible lumière, à des travaux très fins. Les hommes de cabinet, ceux qui sont constamment occupés à travailler sur de très petits objets, les bijoutiers, les orfèvres, etc., en sont aussi souvent atteints. M. Lawrence (*op. cit.*, p. 383, 384) dit qu'en entrant un jour dans une salle de lecture, il fut frappé du grand nombre d'individus qui por-

frappé du grand nombre d'individus qui portaient des lunettes. Sur vingt-trois personnes, ajoute-t-il, qui se trouvaient dans la salle, il y en avait douze qui portaient des lunettes. Si nous ajoutons à ces courtes remarques que les habitants de la campagne sont si rarement atteints de myopie que, d'après Weller, souvent même ils ne la connaissent pas de nom, il est impossible de ne point admettre l'influence de l'ordre de causes dont nous parlons.

La myopie n'existe pas toujours au même degré. Nous avons dit que le point visuel normal est à environ six pouces; hé bien, chacun des pouces en dedans de cet espace constitue tout autant de degrés qu'il importe de bien connaître, car c'est sur eux qu'est fondée l'application des lunettes plus ou moins concaves.

Ce vice de vision est tantôt congénital, tantôt accidentel; tantôt il existe sur un seul œil, tantôt on l'observe sur les deux yeux. Dans ce dernier cas, il peut arriver que la myopie ne soit pas également prononcée sur les deux organes; c'est encore là une circonstance qu'il importe de bien constater; on en comprend facilement la raison.

Les caractères de la myopie sont frappants; sans parler de ceux que présente dans ces cas une organisation vicieuse ou un état morbide de l'organe de la vision, on peut facilement reconnaître une personne chez laquelle ce vice de la vision est prononcé, à son regard, à sa tenue et à ses manières : c'est ainsi, dit Weller, que les myopes écrivent toujours très fin, recherchent les livres imprimés en petits caractères, et les lisent même à la lueur d'une faible lumière; qu'ils approchent les objets très près de leurs yeux. Pour voir les corps situés à une certaine

distance, ils clignotent et tiennent leurs paupières presque fermées ; souvent ils ne regardent pas ceux qui leur parlent et tiennent leurs yeux tournés vers la terre ; leur physionomie n'a aucune expression ; ils ont le plus souvent un air hébété.

Le traitement de la myopie doit évidemment varier suivant les causes qui l'ont produite. Ainsi, lorsqu'elle dépend d'une ou de plusieurs des affections dont j'ai parlé plus haut, c'est sur elles que doivent être dirigés les moyens thérapeutiques. On a vu, dit Boyer, la myopie cesser après l'extraction d'un cristallin devenu opaque. Ne pourrait-on pas, d'après cela, abaisser ou extraire ce corps lorsque la myopie est très prononcée, et que tous les autres moyens ont fait défaut? Si l'on réfléchit que la myopie portée au plus haut degré constitue un état équivalent à une cécité à peu près complète, on ne balancera pas, je crois, à tenter cette opération.

Lorsque la myopie est due à un vice d'organisation de l'œil, à une trop grande force de réfraction des tissus que traversent les rayons lumineux, les lunettes à verres concaves constituent la base du traitement. L'important ici consiste dans le choix de ces lunettes. Nous pensons, avec M. Lawrence, qu'au lieu de choisir des verres d'un certain numéro, il vaut mieux faire essayer au malade celui qui convient le mieux à ses yeux, c'est à dire celui avec lequel il voit clairement les objets sans aucune difficulté et sans fatigue pour l'œil. A l'aide d'un verre plus concave, le myope verrait mieux encore sans doute, mais il en serait bientôt fatigué, et cette fatigue ne manquerait pas de lui être nuisible. Il importe, en outre, de recommander aux ma-

lades de ne pas se servir continuellement de leurs lunettes, et d'exercer assez fréquemment leur vue sans elles. Si l'on a choisi ses lunettes comme je l'ai indiqué plus haut, dit M. Lawrence (*op. cit.*, p. 385), si on ne les porte que lorsqu'on a absolument besoin de s'en servir, on peut en faire un long usage sans être obligé de prendre des verres plus concaves. Pour moi, ajoute-t-il, je porte des lunettes depuis vingt-cinq ans, et je ne me trouve pas plus myope que je ne l'étais dans le principe.

Lorsque la myopie existe chez un enfant, ce qu'il est aisé de reconnaître à son regard et à ses manières, il est ordinairement facile d'en triompher. On doit dans ces cas forcer le petit malade à ne regarder les objets qu'à une distance convenable. Il est inutile d'entrer dans des détails sur les dispositions qu'on doit prendre pour atteindre ce but. Ce précepte est de la plus haute importance, car cette disposition vicieuse, qui alors peut être entravée avec assez de facilité, deviendrait par la suite incurable si on n'y apportait remède.

Si la myopie dépend de veilles souvent prolongées, de travaux continus, et de quelques unes des professions dont j'ai parlé plus haut, la raison seule indique les précautions que l'on doit prendre en pareil cas; je ne m'y arrêterai point.

Presbytie.

La presbytie ou presbyopie consiste dans un vice fonctionnel de l'œil qui ne permet de distinguer nettement les objets qu'à une distance plus grande que celle de la vue normale. C'est donc un état opposé à la myopie. Aussi trouve-

t-on que les causes qui lui donnent naissance ou les affections dont elle est un symptôme sont diamétralement opposées à celles dont j'ai parlé dans l'article précédent. Tout ce qui tend à raccourcir le diamètre antéro-postérieur de l'œil et à diminuer la force réfractile des milieux que doivent traverser les rayons lumineux, doit être considéré comme cause de presbytie. D'après ce que j'ai dit plus haut, je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails sur ce sujet.

La presbytie est, comme son nom l'indique (πρέσβυς, vieillard, ὤψ, œil), propre à la vieillesse. Il ne faudrait pas pourtant admettre cette proposition d'une manière absolue. La jeunesse n'est point à l'abri de ce vice de la vision ; mais ces cas sont très peu nombreux : tous les observateurs s'accordent à dire qu'il est beaucoup moins rare de voir des vieillards myopes, que des jeunes gens et surtout des enfants presbytes.

De même que la myopie, la presbytie n'existe pas toujours au même degré. Gendron en admet trois : lorsque la vue ne peut s'exercer nettement sur un imprimé en caractères de moyenne grosseur qu'à un pied de distance, c'est le premier degré ; deux pieds constituent le second ; trois pieds enfin, constituent le troisième degré. Sans s'astreindre ici à des démarcations mathématiques, on conçoit facilement que ces distinctions sont importantes pour pouvoir commander des lunettes convenables.

La presbytie existe ordinairement sur les deux yeux. Cependant on l'observe quelquefois d'un seul côté ; et on a même remarqué que, dans quelques cas de ce genre, on trouve un œil presbyte et l'autre myope. Jusqu'à présent on ne

connaît pas de faits de presbytie congénitale, elle paraît être toujours accidentelle. Elle se manifeste rarement, dit Weller, avant quarante ans.

Les sujets affectés de presbytie ont généralement les yeux aplatis d'avant en arrière, et les pupilles plus ou moins étroites. Ces caractères sont ordinairement si peu saillants, que les personnes qui entourent les presbytes ne s'en aperçoivent même pas.

Les caractères physiologiques sont beaucoup plus évidents. Ainsi, les presbytes recherchent une grande lumière, ils ont une prédilection pour les gros caractères; les petits objets fatiguent leur vue et produisent un larmoiement plus ou moins considérable. Nous avons dit que les myopes tiennent la tête penchée en avant, c'est tout l'opposé chez les presbytes : l'habitude qu'ils ont d'écarter leurs yeux des objets qu'ils examinent, leur fait contracter celle de renverser la tête en arrière; aussi les voit-on marcher la tête élevée.

La presbytie est rarement une affection stationnaire, elle augmente ordinairement avec le nombre des années. On trouve pourtant dans Haller que quelques vieillards ont été délivrés de ce vice de la vue par une augmentation de densité du cristallin. Le fait cité par Deshais-Gendron est beaucoup plus extraordinaire : il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-dix ans, qui, à la suite d'une grande et longue maladie, devint presbyte, de myope qu'il était. Mais il est inutile d'ajouter que ce sont là des faits exceptionnels. Il existe pourtant dans la science quelques cas de guérison, dont on doit tenir compte dans la pratique. Tel est celui de ce vieillard, dont

parle Demours, qui après avoir porté pendant dix ans les mêmes lunettes convexes, les quitta ensuite par degrés et parvint enfin à s'habituer à lire et à écrire sans besicles, comme avant d'être atteint de presbytie (Rognetta). Disons-le toutefois, en finissant, la thérapeutique ne possède jusqu'à ce jour aucun remède efficace contre la presbytie. Tout doit se borner à cet égard à faire porter aux sujets qui en sont atteints des lunettes à verres convexes, en se conformant toutefois aux règles générales dont j'ai parlé en traitant de la myopie.

Strabisme.

On désigne sous ce même nom un vice fonctionnel de l'œil, consistant dans un manque de parallélisme des axes visuels pendant le regard. Le strabisme s'observe à tout âge, chez les deux sexes. Il est vrai de dire néanmoins qu'on le rencontre plus fréquemment chez les enfants. Tantôt ce vice de la vision n'a lieu que sur un seul œil, tantôt les deux yeux en sont affectés à la fois. Il est congénital ou accidentel. Dans le premier cas, il peut être quelquefois héréditaire. Il y a des familles, dit M. Rognetta, dans lesquelles la vision louche se perpétue pour ainsi dire, soit par défaut d'organisation primitive, soit par imitation. Considéré sous le rapport de la direction axuelle, le strabisme présente quatre variétés principales : 1° celle dans laquelle l'axe visuel est vicieusement dirigé en dedans, c'est le strabisme dit *convergent* ou *interne;* 2° celle dans laquelle il est vicieusement dirigé en dehors, c'est le strabisme dit *divergent* ou *externe;* 3° celle dans laquelle il est vicieusement

dirigé en haut, c'est le strabisme dit *ascendant* ou *supérieur;* 4° celle dans laquelle il est vicieusement dirigé en bas, c'est le strabisme dit *descendant* ou *inférieur.* On conçoit facilement que dans chacun de ces cas, l'angle d'inclinaison axuelle peut être plus ou moins prononcé, et de là tout autant de variétés secondaires. Les bornes limitées de ce livre ne me permettent pas d'entrer dans des détails à ce sujet.

Les causes du strabisme sont très nombreuses. Ce vice de la vision est fréquemment produit par l'inégalité congénitale ou accidentelle de la force des deux yeux, ou, ce qui revient au même, comme le dit Boyer, de leur aptitude à être affectés par la lumière. Mais Buffon est évidemment allé trop loin en disant que le strabisme est toujours produit par cette cause.

Le manque d'équilibre entre les muscles moteurs de l'œil, l'inégalité ou la désharmonie de leur force peuvent aussi donner lieu à cette affection. On en a observé plusieurs exemples. Cet état des muscles de l'œil reconnaît à son tour une foule de causes qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Le strabisme peut être aussi le résultat d'une cause mécanique. On a rangé avec raison dans cette classe, les tumeurs intra-orbitaires, les taches centrales de la cornée, une cataracte commençante, la pupille artificielle. Le mode d'action de chacune de ces causes est trop facile à saisir pour que je m'arrête à le décrire.

Mais un ordre de causes qui n'est pas assez généralement connu parmi les personnes du monde, et sur lequel on ne saurait trop fixer leur attention, consiste dans une habitude vicieuse. Chez les enfants surtout, on ne saurait

trop se tenir en garde sur ce point. Combien de nouveau-nés sont devenus louches pour avoir été couchés à côté d'une fenêtre ou d'un corps brillant! Mais ce n'est pas seulement à cet âge qu'une habitude vicieuse peut amener le strabisme. Une jeune femme, dit M. Rognetta, traitée pour une coxalgie dans une chambre éclairée par une petite fenêtre, portait continuellement les yeux vers l'endroit de la lumière qui lui arrivait latéralement, elle finit par loucher; on changea la position du lit, on obligea la malade à diriger ses yeux dans un sens opposé et le strabisme se dissipa. (Wardrop.) On a observé plusieurs autres exemples de ce genre. Un grand nombre de faits prouvent en outre que des enfants peuvent contracter le strabisme par la simple imitation.

Le diagnostic de ce vice de la vision est si évident, que je crois pouvoir me dispenser d'en tracer les caractères.

Le pronostic du strabisme varie avec les causes qui produisent cette difformité. C'est ainsi qu'il est favorable lorsque la cause du mal peut être attaquée avec avantage, chez les enfants, par exemple. Lorsque, au contraire, le sujet est avancé en âge et que le strabisme date depuis un certain nombre d'années, il est rare qu'on puisse en triompher, surtout lorsque le vice de la vision est compliqué de lésion organique ou dépend de causes contre lesquelles la thérapeutique ne possède aucune ressource efficace.

Le traitement du strabisme varie suivant les cas. Disons avant tout que lorsque cette difformité dépend d'une affection propre du globe oculaire, ou d'une tumeur développée dans l'orbite, ou de congestions saburrales ou encé-

phaliques, c'est sur ces maladies qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques. Lorsqu'on en a triomphé, le parallélisme visuel se rétablit de lui-même. Lorsque le strabisme dépend d'une habitude vicieuse, récente, il n'est point au-dessus des ressources de l'art. Les indications curatives sont ici faciles à saisir : s'il s'agit d'un nouveau-né, il faut placer un corps brillant du côté opposé à la direction vicieuse des yeux. Ce simple moyen a bien souvent réussi. Si l'enfant est déjà d'un certain âge, on lui fait porter des lunettes appropriées, dites *louchettes*, et on le soumet en même temps à des gymnastiques oculaires convenablement dirigées.

Le masque, les demi-sphères concaves, les tubes noircis, les miroirs en forme de besicles, sont pour la plupart des moyens plus ingénieux qu'efficaces contre le strabisme. Ils ont été modifiés dans ces derniers temps, et il paraît qu'on en a retiré de bons résultats. Ils constituent en conséquence des ressources qu'on ne doit point négliger dans la pratique.

Considérant le strabisme comme le résultat constant d'une inégalité de force entre les yeux, Buffon pensa qu'en faisant disparaître cette inégalité, soit en renforçant l'œil faible, soit en affaiblissant l'œil fort, soit enfin en produisant ces deux effets à la fois, on pourrait détruire la difformité. L'expérience a confirmé un grand nombre de fois une idée si heureuse. Voici les moyens employés par ce grand naturaliste : « Tantôt il se contentait de couvrir d'un bandeau, pendant un temps assez long, l'œil le plus fort, laissant à l'autre le soin de la vision ; l'exercice augmentait la force de celui-ci, tandis que l'autre s'affaiblissait. Tantôt il faisait porter à la

personne louche des lunettes, dont l'un des verres était plan et l'autre convexe; le premier était placé devant l'œil faible, le second devant l'œil le plus fort. D'autres fois, il faisait couvrir d'abord l'œil sain pendant quelque temps, et avait ensuite recours aux lunettes. Le premier de ces moyens lui paraissait propre à fortifier l'œil dévié; le second, à diminuer la force de l'autre. » (Boyer.) Ces moyens sagement combinés ont produit des guérisons remarquables. M. Rognetta croit avoir rendu le procédé de Buffon plus efficace en y ajoutant la lecture latérale. Ce chirurgien rapporte à ce sujet le fait suivant : Une demoiselle anglaise, âgée de vingt-un ans, était myope et louchait considérablement du côté gauche depuis son enfance; elle était sur le point de se marier à Paris, et désirait vivement être débarrassée de son strabisme. Je lui ai couvert l'œil droit avec un mouchoir posé en monocle, et je l'ai obligée à lire pendant deux heures tous les matins dans son lit, couchée sur le côté gauche; le livre étant placé sur une chaise basse à côté de sa table de nuit. Après six jours de cet exercice et de l'emploi du bandeau jour et nuit, la direction de l'œil s'était tellement améliorée, que le strabisme était dissipé en grande partie. A compter du dixième jour, le bandeau n'a été porté que dans la matinée seulement jusqu'à l'heure de la promenade. La guérison, ajoute M. Rognetta, a été assurée et complète en moins d'un mois.

La galvano-puncture a été aussi appliquée avec avantage dans certains cas. M. Cavara a publié dans le *Journal hebdomadaire* (1836) quelques succès obtenus par ce moyen, qu'on pourrait unir à l'usage du bandeau.

Diplopie.

La diplopie est une altération, une erreur de la vision, qui fait paraître les objets doubles ou multiples. Ce serait une erreur d'admettre avec la plupart des auteurs deux espèces de diplopie, l'une symptomatique, et l'autre essentielle ou idiopathique. Tout ce qu'on a décrit sous le titre d'altération, de vice fonctionnel de la vision, ne constitue, dans aucun cas, une maladie essentielle; c'est toujours un symptôme d'un état morbide, soit de l'œil lui-même, soit des parties plus ou moins éloignées de cet organe. Ce premier point étant bien établi, on devine déjà que la dipplopie peut se rattacher à une foule de causes toutes diverses. En effet, elle peut dépendre d'un défaut de similitude entre les images reçues par les deux yeux; d'autres fois il y a réellement plusieurs images produites sur la même rétine; tantôt elle dépend d'un défaut de rapport harmonique entre les deux axes optiques, tantôt elle est le résultat d'une modification dans les milieux transparents de l'œil, ou dans l'appareil nerveux qui préside à la vision. (Guéneau de Mussy, *Thèse*. Paris, 1839, n° 356.) Chacun de ces points exigerait des détails dans lesquels je ne puis point entrer. On peut lire avec beaucoup de profit le travail de M. Guéneau de Mussy.

Le pronostic de la diplopie varie: sous le rapport de la vision double, il est toujours favorable, car cet état se dissipe constamment dans l'espace de quelques semaines (Rognetta). Il ne devient fâcheux que quand elle menace de se changer en amaurose; il est basé d'ailleurs sur

la détermination de la cause qui produit le dérangement de la vision; et s'il est vrai de dire que, dans certains cas, il est assez facile de déterminer les conditions morbides auxquelles la diplopie se rattache, il arrive souvent aussi qu'on ne peut avoir sur ce point aucune donnée précise, et alors on est obligé de s'en tenir à de simples conjectures.

Je n'ai rien à dire sur le traitement de la diplopie : toutes les indications se rapportent ici aux causes qui lui ont donné naissance ou qui l'entretiennent.

Héméralopie.

Dans l'état actuel de la science, on désigne sous le nom d'*héméralopie*, une diminution ou une abolition complète de la vue, qui dure depuis le coucher du soleil jusqu'à son lever, et cesse quand cet astre est sur l'horizon. L'héméralopie s'observe rarement dans nos climats; elle est, au contraire, très fréquente entre les tropiques; on l'a observée sous forme épidémique; et elle paraît endémique dans certains pays.

L'héméralopie se présente avec des degrés différents d'intensité. Voici la marche qu'elle suit en général : à l'approche du coucher du soleil, la vue s'affaiblit et se trouble; les objets paraissent enveloppés d'un nuage cendré, qui s'épaissit de plus en plus; dès que cet astre a disparu sous l'horizon, les corps ne peuvent plus être distingués qu'à un beau clair de lune ou à une lumière artificielle très vive; je dois ajouter néanmoins qu'on a observé des malades qui ne perdaient la vue que quelques heures après le coucher du soleil, et qui la recouvraient plu-

sieurs heures avant son lever. Il ne faudrait pas croire que l'héméralopie suive toujours une marche progressive; on l'a vue dans quelques cas être portée dès le début au plus haut degré d'intensité; elle peut, en outre, revêtir une forme périodique bien tranchée.

Richter a rapporté l'observation d'un homme chez lequel la cécité durait vingt-quatre heures, et qui recouvrait la vue pendant un temps égal ; la maladie commençait tous les deux jours à midi, et cessait le lendemain à la même heure ; par l'administration du quinquina, la durée des accès était doublée, celle de l'intermittence restant la même. (Guéneau de Mussy.)

On a cité quelques observations qui tendraient à prouver que la perte de la vue ne dépend pas de l'insuffisance de la lumière, mais de l'absence du soleil sur l'horizon; toutefois des faits plus nombreux attestent qu'à toutes les périodes de la maladie, les objets éclairés par une lumière artficielle très vive peuvent encore être distingués.

Le pronostic de l'héméralopie est rarement fâcheux; en général on triomphe de cette affection avec assez de facilité; le plus souvent même elle guérit par les seuls efforts de la nature; nous devons ajouter toutefois qu'abandonnée à elle-même, elle peut persister pendant un temps plus ou moins long, et dans quelques cas même, être suivie d'amaurose : cette seule raison doit suffire pour engager le praticien à employer contre elle toutes les ressources de l'art; d'autant plus qu'attaquée à son début par les moyens appropriés, il est en général rare qu'elle résiste. Mais une circonstance à laquelle on doit s'at-

tendre, c'est la récidive; cette tendance a été notée par tous les observateurs.

L'héméralopie réclame un traitement à peu près semblable à celui de l'amaurose incomplète : les vomitifs, les purgatifs, auxquels on adjoint les révulsifs et les sudorifiques, en constituent la base. Voici les conseils donnés par Boyer à cet égard : « On prescrira, le premier jour, deux ou trois grains de tartrate d'antimoine et de potasse; après l'action du vomitif, on fera prendre une décoction sudorifique de gayac, de sassafras, de squine et de salsepareille; et le soir même on appliquera un vésicatoire à la nuque, ou derrière chaque oreille; on répétera tous les deux jours, pendant la première semaine, la boisson émétisée, en proportionnant la dose de tartre stibié à la constitution du sujet et à l'intensité de la maladie; plus tard on fera alterner les vomitifs et les purgatifs; ou bien on donnera des pilules éméto-cathartiques, composées avec la dixième partie d'un grain d'émétique et deux ou trois grains de jalap ou de scammonée. Le nombre des pilules à prendre chaque jour est déterminé par l'effet qu'elles produisent; elles doivent amener des vomituritions et quelques évacuations alvines. » D'après Boyer, les saignées ne doivent être employées que lorsque des circonstances particulières les rendent nécessaires. On a proposé de joindre à ce traitement l'action de vapeurs stimulantes de la conjonctive. C'est par un usage sagement combiné de ces différents moyens, qu'on a obtenu des guérisons promptes et durables. Sans contester les avantages de cette médication, Bamfield assure que l'application répétée de petits vésicatoires volants sur la région tem-

porale, le plus près possible de l'angle externe des yeux, constitue un traitement à la fois plus puissant et plus prompt dans son action. Cet auteur dit en avoir retiré les plus heureux résultats sur des sujets qui avaient été soumis inutilement à la médication précédente.

Nyctalopie.

La nyctalopie est un état de la vue opposé à celui dont je viens de parler. Les sujets qui en sont affectés distinguent nettement les objets le soir et dans l'obscurité, et ne les voient que d'une manière plus ou moins confuse pendant le jour. La nyctalopie est beaucoup plus rare que l'héméralopie. Ses causes sont nombreuses et très diverses ; souvent elles échappent à toutes les investigations. Les symptômes qui la caractérisent découlent naturellement de la définition que j'en ai donnée. Ainsi les malades ne peuvent point supporter la lumière du jour ; on les voit alors tenir leurs paupières continuellement fermées, et quelquefois même couvrir leurs yeux avec un voile épais. Dès qu'ils entr'ouvrent les paupières, ils sont éblouis par la clarté du jour ; ils ne distinguent aucun objet ; il y a un larmoiement abondant. On comprend facilement que cet état doit être souvent accompagné d'un certain degré de céphalalgie ; c'est aussi ce qui arrive dans la plupart des cas. Mais tous ces symptômes disparaissent avec le coucher du soleil.

Les moyens thérapeutiques doivent être ici dirigés contre les affections auxquelles la nyctalopie se rattache.

Il me resterait à parler de quelques autres al-

térations de la vision, altérations qui ont reçu des noms particuliers ; telles sont : l'hémiopie, la myodepsie, la croupsie, etc. Mais ce ne sont là que des variétés de l'amaurose, et je crois pouvoir me dispenser d'en traiter dans ce livre.

CHAPITRE III.

MALADIES DES VOIES LACRYMALES.

Nous étudierons dans ce chapitre, 1° les maladies de la glande lacrymale et des conduits de cette glande ; 3° les maladies de l'angle lacrymal ; 3° les maladies des points et des conduits lacrymaux ; 4° enfin, les maladies du sac lacrymal et du canal nasal.

A. *Maladies de la glande lacrymale et des conduits de cette glande.*

Quoi qu'on en ait dit, la glande lacrymale n'est que rarement malade. Les seules lésions qu'on y ait observées sont, l'inflammation, et diverses dégénérescences.

1° *Inflammation de la glande lacrymale.* — Lorsqu'on réfléchit à la texture dense et comme fibro-celluleuse de cette glande, on comprend que l'inflammation doit difficilement s'en emparer. Sous ce point de vue, elle pourrait être comparée au pancréas. Cependant Schmidt, qui lui a donné le nom de *dacryodénite*, dit l'avoir rencontrée bien souvent. Mais cet auteur se trouve contredit à ce sujet par la grande majorité des praticiens observateurs. Douée de canaux excessivement ténus, dit M. Velpeau, la glande lacrymale doit à peine ressentir l'in-

fluence des phlegmasies de la conjonctive ; en sorte que l'inflammation s'établit plutôt dans les tissus environnants ou inter-lobulaires, que dans le parenchyme de la glande. Il est vrai de dire pourtant que l'inflammation de cette glande a été observée ; et comme d'ailleurs M. Velpeau a eu occasion d'en rencontrer quelques exemples, je crois devoir entrer dans quelques détails à ce sujet.

Cette inflammation est caractérisée à son début par une douleur sourde, accompagnée de chaleur et de battements dans l'orbite, vers la partie temporale du front. Les larmes coulent d'abord en abondance ; mais bientôt cette sécrétion s'arrête, et une sécheresse brûlante s'empare du devant de l'œil. Cet organe est gêné dans ses mouvements, et comme comprimé dans sa région supérieure et externe. Quelques jours après, de l'empâtement, de la tuméfaction, se manifestent dans la moitié externe de la paupière supérieure. Alors les douleurs augmentent, elles deviennent lancinantes ; s'irradient dans l'orbite, sur le front, sur la tempe, et retentissent même quelquefois jusqu'à la région postérieure de la tête. La conjonctive se boursouffle et vient se montrer quelquefois vers l'apophyse orbitaire externe sous forme d'un bourrelet rouge ou blafard. Le doigt porté sur ce point détermine une vive douleur, et donne la sensation d'une tumeur située au dessous.

L'inflammation de la glande lacrymale affecte aussi quelquefois la marche des autres affections phlegmoneuses ; elle acquiert généralement son plus haut degré d'intensité dans l'espace de huit à douze jours. Alors l'œil est plus ou moins refoulé en avant et en dedans ; l'angle palpébral

externe est gonflé et tuméfié, la vue est plus ou moins troublée; tous ces symptômes sont accompagnés d'une céphalalgie violente, et quelquefois même de douleurs névralgiques très prononcées; une fièvre ardente s'empare des malades.

Cette inflammation peut se terminer, comme celle des ganglions lymphatiques, par résolution, par suppuration, par induration.

La résolution complète constitue la terminaison la plus rare. Il paraît même qu'elle n'a guère lieu que chez les enfants, les sujets lymphatiques et quelques vieillards; à l'état franchement aigu, la dacryodénite donne presque inévitablement lieu à un abcès. L'observation a démontré que, soit que la suppuration ait existé, soit qu'on soit parvenu à l'empêcher, l'induration de la glande en est très souvent la suite. Sous ce rapport, la glande lacrymale se comporte comme les glandes salivaires ou pancréatiques. Mais nous devons ajouter que cette espèce d'induration ne produisant ni douleur, ni trouble dans l'orbite, ne doit plus être considérée comme une maladie.

Lorsque la résolution s'opère, les douleurs se calment peu à peu; le gonflement et la rougeur des paupières diminuent progressivement, la tumeur s'affaisse, le boursoufflement conjonctival disparaît à son tour. En même temps, les symptômes généraux s'amendent; l'œil reprend sa position normale et la liberté de ses mouvements; les larmes reprennent leur cours, et tout rentre dans l'ordre.

Lorsque, au contraire, l'inflammation passe à la suppuration, la tumeur proémine de plus en plus, et vient faire saillie en avant. Son sommet représente une sorte de *crête* dure, épaisse,

élastique, offrant bientôt tous les caractères d'une fluctuation évidente. Les douleurs deviennent alors de plus en plus sourdes ; les parties voisines de l'angle externe de l'œil sont le siége d'un œdème inflammatoire plus ou moins prononcé.

Traitement.— Attaquée dès le principe, l'inflammation de la glande lacrymale cèderait souvent à une médication convenable, et tout porte à penser que la résolution s'en opérerait avec promptitude. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de la reconnaître à son début. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on est appelé auprès des malades avant que la suppuration se soit établie, on doit faire tous ses efforts pour opérer la résolution de l'inflammation. C'est dans ce but, dit M. Velpeau, qu'il conviendrait de pratiquer une, deux ou trois saignées du bras, d'appliquer chaque jour de quinze à trente sangsues vers la tempe, et de tenir sur le devant de l'orbite, ou des compresses imbibées d'eau froide, ou des cataplasmes émollients, si l'état général du sujet ne contre-indiquait pas la méthode franchement affaiblissante. Un peu plus tard, on aurait recours aux purgatifs, aux irritants externes et aux frictions mercurielles sur le front ou sur la tempe, sans discontinuer pour cela l'usage des cataplasmes, qu'il conviendrait seulement de rendre résolutifs. C'est par une combinaison heureuse de ces moyens, que M. Velpeau est parvenu quelquefois à arrêter la marche de la maladie et à produire sa résolution. Mais, hâtons-nous de le répéter, cette terminaison est rare, surtout lorsque l'inflammation n'a pas pu être attaquée dès le principe ; la suppuration en est ordinairement la suite.

Lorsqu'à l'aide de la médication dont je viens de parler on n'a pu triompher de la maladie, et qu'un abcès s'est établi, les antiphlogistiques doivent être alors mis de côté ; il faut s'en tenir aux topiques émollients, et plonger le plus tôt possible la pointe d'un bistouri dans le foyer purulent. M. Velpeau regarde comme très important d'ouvrir ces foyers de bonne heure. En se comportant ainsi, dit-il, on évite les fusées, les décollements à l'intérieur de l'orbite, et on n'a rien à craindre de la part de l'instrument, soit du côté de l'œil, soit du côté des paupières.

Lorsqu'un engorgement chronique succède à l'inflammation de la glande, il faut tenter de le résoudre par les moyens appropriés. Les préparations mercurielles, les cyanures et les hydrochlorates d'or, sont très avantageux en pareil cas. M. Carron du Villards dit en avoir retiré d'excellents avantages.

L'inflammation chronique de la glande lacrymale n'ayant pas été assez étudiée jusqu'ici, je ne la décrirai point. M. Velpeau n'en a observé aucun cas.

2° *Tumeurs de la glande lacrymale.* — La glande lacrymale, comme tous les autres organes du même genre, peut se transformer en tumeurs de différentes natures. C'est ainsi qu'on l'a trouvée convertie, tantôt en tumeur fibreuse, tantôt en tumeur squirrheuse, tantôt en tumeur encéphaloïde. La position profonde de cette glande, et la protection qu'elle reçoit des os de l'orbite, rendent le plus souvent le diagnostic de ces tumeurs enveloppé des plus épaisses ténèbres. Parmi les observations qui en ont été publiées, M. Velpeau en trouve fort peu qui prouvent sans réplique qu'il se soit agi de tumeurs de la glande lacrymale

plutôt que de tumeurs simples de l'orbite proprement dit; il serait de la plus haute importance de pouvoir différencier chacune d'elles; car comme on le comprend facilement, le traitement est loin d'être le même dans tous les cas. Quelques unes sont passibles des mêmes médications que partout ailleurs. Ainsi, lorsqu'il ne s'agit que d'une hypertrophie par sub-inflammation, il est évident qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'extirpation; on peut en triompher à l'aide des antiphlogistiques et des résolutifs; dans les cas de tumeur enkystée, de simples ponctions ou des incisions suffisent; mais lorsque la glande est transformée en tumeur purement fibreuse ou susceptible de dégénérescences de mauvaise nature, il ne faut point hésiter; le seul parti rationnel à prendre en pareil cas, c'est l'extirpation.

L'extirpation de la glande lacrymale est loin d'être une opération nouvelle. On en trouve un assez grand nombre d'exemples dans les auteurs. M. Velpeau en a mentionné plusieurs dans la deuxième édition de la *Médecine opératoire*. Mais, comme l'observe avec raison ce chirurgien, quand on réfléchit à la rareté des maladies de la glande lacrymale, comparée à la fréquence des tumeurs de l'orbite, il est bien permis de croire qu'on aura plus d'une fois attribué à cette glande des tumeurs qui en étaient réellement indépendantes. Toujours est-il que le meilleur procédé à suivre, en pareille circonstance, serait celui qui consiste à prolonger par une incision la commissure externe des paupières vers la tempe. Je ne reviendrai pas sur le manuel de cette opération, ni sur les soins que réclame la plaie. Ce que j'ai dit à ce sujet, en

traitant des tumeurs intraorbitaires, s'y rapporte de tous points.

Quant aux maladies des conduits de la glande lacrymale, voici ce que dit M. Velpeau à ce sujet : « Les fonctions de la glande lacrymale porteraient à croire que ses conduits peuvent être affectés des mêmes lésions que ceux des glandes salivaires ; on devrait donc s'attendre à y rencontrer, soit des inflammations, soit des blessures et des fistules, soit des dilatations sous forme de kyste. Mais, soit que cela tienne à leur ténuité et à leur position profonde, soit que cela dépende de leurs fonctions, toujours est-il qu'on n'y a remarqué jusqu'ici aucune sorte de maladies. Schmidt seul parle d'un sujet chez lequel un des conduits de la glande lacrymale s'ouvrait dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. L'existence de ces canaux ayant été révoquée elle-même en doute, explique suffisamment d'ailleurs comment ils n'ont encore été le sujet d'aucune recherche sous le point de vue chirurgical. »

B. *Maladies de l'angle lacrymal.*

Les maladies de l'angle lacrymal (angle interne, grand angle, angle nasal de l'œil) occupent une grande place dans la pathologie des voies lacrymales. Nous nous bornerons à étudier dans ce paragraphe l'anchylops, l'ægylops et les tumeurs solides de cette région.

1. *Anchylops.* — On a désigné sous ce nom l'abcès du grand angle de l'œil. Mais il importe d'établir à ce sujet une distinction importante. Tantôt, en effet, la collection purulente a son siége, sous forme d'inflammation aiguë, entre le sac lacrymal et les téguments ; tantôt elle se

développe dans le sac même des larmes à la suite d'une inflammation de ce sac. Dans le premier cas, M. Velpeau donne à la maladie le nom d'*anchylops externe*. La seconde variété pourrait alors être désignée sous le nom d'*anchylops interne* ou *lacrymal;* nous nous en occuperons en traitant de la tumeur lacrymale.

L'anchylops externe, étranger à son début aux voies lacrymales, est une affection assez rare. On en a pourtant rencontré plusieurs exemples. M. Velpeau dit en avoir observé plusieurs cas non douteux. En 1837, j'en ai moi-même observé un exemple remarquable dans le service de ce chirurgien à l'hôpital de la Charité, chez une jeune fille âgée de seize ans. La maladie datait de trois jours; elle était survenue sans cause connue. Dans ce court espace de temps, la tumeur avait acquis le volume d'une petite amande; elle était douloureuse, et la pression ne faisait rien refluer, soit dans le nez, soit par les points lacrymaux. Dix sangsues appliquées pendant trois jours et des onctions mercurielles suffirent pour tout traitement. Une semaine après la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

L'anchylops externe se présente avec tous les caractères du phlegmon en général. M. Velpeau l'a vu revêtir l'aspect des furoncles et celui de l'érysipèle phlegmoneux. Tantôt, en effet, la tumeur est bien circonscrite; tantôt, au contraire, elle est pour ainsi dire diffuse: elle peut acquérir un volume variable depuis un pois jusqu'à l'extrémité du pouce; elle est rouge, chaude, douloureuse. On conçoit en outre que l'anchylops externe peut prendre son point de départ tantôt dans la couche sous-cutanée, tantôt plus profon-

dément, soit au-dessus, soit au-dessous, soit même en arrière du tendon direct. Dans ces derniers cas, on pourrait le confondre avec l'anchylops interne; toutefois, il est des signes qui ne permettent guère de se méprendre sur ce point. Ainsi, dans l'anchylops interne, comme nous le verons plus tard, la maladie a été précédée, pendant des semaines ou des mois, de tumeur lacrymale et d'épiphora; on peut aussi par la pression faire refluer les larmes ou la matière purulente, soit dans le nez, soit par les points lacrymaux, caractères qu'on ne rencontre point dans l'anchylops externe. Nous devons ajouter, toutefois, qu'on conçoit que les abcès externes puissent s'ouvrir dans le sac lacrymal, donner alors naissance à la tumeur lacrymale, se transformer ainsi en anchylops interne, et finir enfin par produire une fistule lacrymale. M. Velpeau a observé deux faits qui viennent à l'appui de cette idée. Ces cas sont rares, il est vrai, et ne doivent être admis qu'à titre d'exception; mais ils n'offrent par eux-mêmes rien d'extraordinaire. Pourquoi, en effet, les foyers purulents du grand angle de l'œil ne pourraient-ils pas, après un certain temps, érailler, ulcérer le sac lacrymal comme les abcès du pourtour des articulations éraillent, ulcèrent, leur enveloppe? Cette considération est d'autant plus importante à ne point oublier, qu'elle fait sentir d'avance que la variété d'abcès qui nous occupe, doit être convenablement traitée à son début.

Quoique abandonné à lui même, l'anchylops externe se termine d'une manière heureuse dans la plupart des cas, il n'en est pas moins vrai que le pus peut fuser dans l'orbite ou sur la face, amincir, dénaturer la peau et donner lieu à des

ulcérations nombreuses. Il convient donc de le traiter avec assez d'énergie à son début. On en triomphe ordinairement par une application de douze à quinze sangsues, que l'on répète le surlendemain, en même temps qu'on fait trois fois le jours sur la tumeur des onctions mercurielles, ou qu'on la couvre de cataplasmes émollients. Si ces moyens ne suffisent pas pour juguler l'inflammation, et que la suppuration soit établie et manifeste, il n'y a plus à balancer, l'abcès doit être ouvert avec le bistouri ou la lancette; on évite par là les accidents dont je viens de parler.

2. *OEgylops.* — On a donné ce nom à un ulcère de la peau du grand angle de l'œil. Tantôt cet ulcère communique avec le sac lacrymal, tantôt il lui est étranger. Il peut d'ailleurs être de nature syphilitique, de nature cancéreuse; j'en ai observé quelques exemples dans le service de M. Velpeau. Lorsqu'il n'a aucune communication avec le sac lacrymal, cet ulcère ne réclame pas d'autre traitement que sur les autres parties des paupières. Dans le cas contraire, c'est à la fistule lacrymale elle-même qu'il faut adresser les moyens thérapeutiques, car alors il n'en est évidemment qu'une complication. En conséquence, il serait inutile d'insister plus longuement sur ce point.

3. *Tumeurs solides.* — Les tumeurs solides du grand angle de l'œil peuvent être divisées en deux grandes classes : les unes ayant pour siége la caroncule lacrymale, les autres étant situées entre les téguments et le tendon direct. M. Velpeau ne connaît qu'une observation de ce dernier genre; elle a été publiée par M. Besson dans la *Revue Médicale* (t. IV, p. 171). La

tumeur existait des deux côtés; elle offrait le volume et la forme d'une amande. L'extirpation en fut faite, et le malade guérit.

On donne le nom d'*encanthis* à une tumeur plus ou moins volumineuse, développée dans le tissu même de la caroncule lacrymale, ou formée par une dégénérescence de ce corps glanduleux. Les auteurs distinguent plusieurs espèces d'encanthis. M. Carron du Villards admet un encanthis inflammatoire, un encanthis hydatideux, ou encanthis hypertrophique, un encanthis squirrheux, ou encanthis fongueux et un encauthis mélanique. Je ne m'arrêterai point à décrire chacune de ces variétés; je me bornerai à dire, avec M. Velpeau, qu'en général l'encanthis se présente sous l'aspect d'une petite masse rouge, granulée, peu douloureuse, qui semble se prolonger dans l'orbite, et qui proémine plus ou moins entre les paupières vers leur commissure interne. Lorsque l'encanthis est simplement inflammatoire, et que la maladie est encore à son début, on peut juguler la phlegmasie à l'aide des irrigations d'eau froide; mais il ne faut pas insister sur ce moyen. Lorsqu'il ne réussit pas, M. Carron du Villards conseille de placer quelques sangsues dans la narine correspondante et sur la tempe. Si la maladie est déjà un peu avancée, les résolutifs doivent être employés. Mais ces différentes ressources ne réussissent pas toujours; la tumeur entre alors en suppuration. Il importe, dans ces cas, d'employer tous les moyens appropriés pour s'opposer à la formation de fongosités qui pourraient revêtir un mauvais aspect.

Lorsque la tumeur ne cède pas au traitement dont je viens de parler, qu'elle revêt une forme

chronique, les caustiques, la ligature, le bistouri, constituent les seules médications. Parmi les caustiques, dit M. Velpeau, il n'y a guère que le nitrate d'argent ou le nitrate de mercure dont on puisse faire usage sans danger. La potasse, le beurre d'antimoine, la pâte de zinc, exposeraient trop, en effet, à léser le sac lacrymal ou l'extrémité nasale des paupières. Quant à la ligature, elle ne serait applicable que pour les cas où la tumeur offrirait un pédicule assez prononcé, et encore faut-il ajouter que l'extirpation est toujours préférable.

L'extirpation de la tumeur constitue une opération assez délicate, eu égard aux parties voisines qu'il importe de ménager. Voici le procédé opératoire décrit par M. Velpeau : « Le malade doit être couché sur un lit de hauteur convenable ou assis sur une chaise; un aide, placé derrière, lui fixe la tête et se charge d'écarter les paupières; accrochant la tumeur avec une érigne dont il charge aussitôt un second aide, le chirurgien, armé d'un bistouri droit, isole la masse morbide d'abord par en bas, ensuite par en haut, puis en dedans, afin de la disséquer en dernier lieu d'arrière en avant et de dedans en dehors, en ménageant avec soin le globe de l'œil. L'artère palpébrale, ajoute M. Velpeau, ordinairement divisée par cette manœuvre, donne lieu à une sorte d'hémorrhagie dont le simple tamponnement triomphe, en général, sans difficulté; on remplit donc la plaie de boulettes de charpie; un linge fin, criblé de trous et enduit de cérat, puis un plumasseau, sont mis par dessus pour couvrir le grand angle. Il ne s'agit plus après cela que d'envelopper le tout d'une compresse et de quelques tours

de bande en forme de monocle, pour maintenir l'appareil. Après le premier pansement on diminue chaque jour le volume ou le nombre des boulettes de charpie, et la plaie se cicatrise généralement dans l'espace de quinze à vingt jours. »

Il arrive quelquefois que le repli des téguments qui de la racine du nez s'avance sur la caroncule lacrymale prend une trop grande extension et gêne le mouvement des paupières. Cette difformité a reçu le nom *d'épicanthus*. On en débarrasse facilement les malades à l'aide d'une petite opération. Pour cela, soulevant avec une bonne pince la peau de la racine du nez, on en excise un lambeau elliptique vertical assez large pour que le rapprochement des lèvres de la plaie par la suture fasse disparaître sur le champ les deux croissants angulaires. Pour rendre l'opération plus méthodique, on pourrait avant de pratiquer l'excision passer les épingles ou les fils à travers la base du repli cutané.

C. *Maladies des points et des conduits lacrymaux.*

1° *Oblitération des points et des conduits lacrymaux.* — Cette altération peut être produite par différentes causes. On l'a observée à la suite de la variole, de l'ophthalmie purulente, d'une blépharite ancienne, à la suite de plaies et de douleurs de la partie interne des paupières. Elle peut dépendre en outre de l'introduction de corps étrangers; Anel et Mejean en citent des exemples remarquables. Cette maladie se reconnaît aux symptômes suivants : les larmes

ne pouvant plus suivre leur cours naturel, tombent sur la joue; le devant de l'œil est abondamment mouillé, tandis que les malades se plaignent de sécheresse dans la narine correspondante. Le bord libre de la paupière est déformé, atrophié ou hypertrophié. Il n'existe dans le grand angle aucune tumeur, aucun état pathologique auquel on puisse attribuer ces phénomènes.

Les moyens qu'on a proposés contre l'oblitération des points et des conduits lacrymaux sont plus ingénieux qu'efficaces. Je n'entrerai pas dans de grands détails à ce sujet; je me bornerai à transcrire les idées de M. Velpeau : Ce genre d'altération, dit ce chirurgien, mérite de nouvelles recherches. J.-L. Petit et Vellier, qui prétendent avoir refait un conduit lacrymal oblitéré en passant un stylet aigu à la place qu'il devait occuper, ont certainement été trompés par quelques circonstances; quel que soit l'instrument dont on se serve, en effet, pour creuser un conduit aussi fin que le conduit lacrymal, et quel que soit le genre de séton qu'on tienne ensuite dans ce conduit pour en solliciter la permanence, on peut être convaincu que les larmes ne s'y arrêteront pas, et qu'il se fermera aussitôt après la suppression du corps dilatant. Ce sont donc des opérations complétement inutiles; mieux vaudrait alors imiter Bosche (Malgaigne, *thèse de concours*, 1835), et cautériser les points lacrymaux, s'il en reste quelque trace, pour les fermer définitivement. Tout ce qu'on pourrait tenter serait de les désobstruer à l'aide du stylet ou des injections d'Anel, s'ils étaient simplement rétrécis ou seulement engoués par quelque matière épaissie. A. Petit et

Léveillé pensent qu'on devrait alors établir une ouverture au sac lacrymal avec déperdition de substance entre la caroncule et la paupière, à l'endroit qu'avait choisi Pouteau. Mais il n'est pas probable qu'une pareille ouverture se maintînt longtemps, ni qu'elle fût d'un grand secours. Une ouverture accidentelle par excision au conduit même, en dedans du point oblitéré, vaudrait mieux. Elle s'est maintenue, ajoute M. Velpeau, chez deux malades que j'avais opérés dans un autre but. »

Cependant je ne puis passer outre sans ajouter qu'à l'aide d'une simple dilatation on est parvenu a guérir des rétrécissements, des oblitérations des conduits lacrymaux. M. Carron du Villards a obtenu plusieurs succès de ce genre, en plaçant quelques jours, pendant une heure ou deux, dans le conduit un petit clou métallique ou une soie de sanglier. On pourrait en conséquence avoir recours à ce moyen en pareilles circonstances.

2. *Kystes.* — Quelques praticiens disent avoir observé les points lacrymaux se développer en forme de kyste. Lorsque la tumeur est petite et qu'elle n'occasionne que peu de gêne, on pourrait se borner à la traiter par les résolutifs, si les malades ne voulaient pas se soumettre à une petite opération. Mais, dans la plupart des cas, ce ne serait là qu'un moyen palliatif. Pour la guérir radicalement, il ne serait pas nécessaire de procéder à son extirpation; on y parviendrait aussi sûrement en l'ouvrant et en cautérisant l'intérieur. Il est vrai de dire qu'on s'exposerait par là à produire une oblitération du conduit lacrymal et par suite un épiphora incurable. Mais M. Velpeau a mentionné quelques faits qui

tendent à diminuer les craintes des chirurgiens à ce sujet.

3. *Polypes.* — Les points lacrymaux sont en outre sujets à de petites végétations, à des espèces de polypes. Les exemples de ce genre sont très rares, il est vrai; on en trouve cependant un exemple dans l'ouvrage de Demours. Dans ces cas, il faudrait exciser la petite végétation et pratiquer ensuite la cautérisation.

C'est ainsi que Demours guérit un petit fongus qui sortait du point lacrymal inférieur. On comprend d'ailleurs que ce sont là des affections trop rares pour que nous nous y arrêtions plus longuement.

4. *Fistules du conduit.* — Si quelque ulcère, ou toute autre lésion, venait à perforer le conduit lacrymal du côté de l'œil, il en résulterait une fistule d'un genre particulier des plus difficiles à guérir. Un fil d'or ou de soie, ou bien une petite corde à boyau, portés comme un séton à travers le conduit blessé, depuis le point jusqu'au sac lacrymal, est le seul remède que l'art possède contre une semblable infirmité, à moins qu'on ait recours à l'ouverture du canal nasal des paupières. Je dois ajouter cependant que M. Velpeau a vu sur deux sujets les larmes s'engager par la voie nouvelle, c'est-à-dire par l'ouverture accidentelle du conduit, comme par le point naturel, et cela sans qu'il en résultât d'inconvénients.

5. *Blennorrhée des voies lacrymales.* — Quelques oculistes modernes ont donné ce nom à l'écoulement muqueux ou purulent dont les voies lacrymales sont quelquefois le siége. Mais

une pareille distinction n'a aucun fondement. Il est vrai, dit M. Velpeau, que l'inflammation de l'appareil excréteur des larmes est souvent accompagnée d'un écoulement analogue à celui de l'urètre et des autres canaux muqueux, en général; mais il n'en résulte pas qu'on doive faire de ce symptôme une maladie particulière. La blennorrhée, dans ce cas, est le signe d'un état phlegmasique ou pathologique du sac lacrymal; mais elle ne nécessite par elle-même aucun traitement particulier.

D. *Maladies du sac lacrymal et du canal nasal.*

Tumeur lacrymale.

On désigne sous ce nom une tumeur formée par le sac lacrymal plus ou moins dilaté. Cette maladie a été aussi décrite par quelques auteurs sous le titre de hernie, d'hydropisie du sac lacrymal.

La tumeur lacrymale offre trois nuances principales, qu'il est bon de ne point confondre. Tantôt, en effet, la maladie est due à la distension du sac par les larmes, soit pures, soit mêlées à des mucosités purulentes; les conduits lacrymaux sont alors libres, et le canal nasal est plus ou moins resserré; cette première variété constitue la *tumeur lacrymale proprement dite.* Tantôt, le sac est éraillé ou ulcéré dans sa paroi antérieure, et les matières lacrymales sont accumulées entre la tunique fibreuse et les téguments extérieurs, autant que dans le sac lui-même; cet état constituerait,

d'après M. Velpeau, une *fistule lacrymale borgne interne*. Dans la troisième variété, le cas lacrymal semble être complétement transformé en kyste, et les matières contenues dans la tumeur ne refluent ni par les points lacrymaux, ni par le canal nasal, lorsqu'on la comprime. M. Weller la désigne sous le nom d'*hydropisie du sac*. Quoiqu'on n'en trouve que peu d'exemples dans les livres, M. Velpeau pense qu'elle est assez fréquente. Ce chirurgien a observé plusieurs malades qui portaient ainsi une tumeur, ayant le volume d'une petite noix, qui augmentait et diminuait alternativement de volume sans cause appréciable, mais qu'il était impossible d'aplatir ou de vider par la pression. Il n'est pas rare d'observer chez les vieillards, au-dessus du tendon direct et quelquefois au-dessous, une sorte de relief en forme d'amande, qui occupe exactement la place du sac lacrymal, qu'on ne peut point vider, qui ne cause aucune douleur, et qui offre cependant tous les autres caractères de la tumeur lacrymale. M. Velpeau a eu occasion de disséquer le cadavre d'un de ces sujets, et il s'est convaincu que le canal nasal et les conduits lacrymaux étaient complétement oblitérés, et que la tumeur était formée par le sac lacrymal rempli de mucosités filantes.

La tumeur lacrymale est caractérisée par les symptômes suivants : au début, la maladie n'est annoncée que par un léger épiphora, et, dans quelques cas, par un peu de chaleur, de démangeaison ou d'engourdissement au grand angle de l'œil. Plus tard, il s'y joint un peu d'empâtement ou de tuméfaction. En pressant la partie affectée, on fait sortir par les points lacrymaux, tantôt un liquide clair, transparent, des

larmes pures enfin ; tantôt une matière floconneuse, purulente ou muqueuse, mêlée à une plus ou moins grande proportion de larmes. Quelquefois, au lieu de refluer par les points lacrymaux, ces matières s'écoulent par le nez lorsqu'on comprime la tumeur. Il est inutile d'ajouter que cette extravasion de matières contenues dans le sac lacrymal n'a pas lieu dans la troisième variété que j'ai mentionnée plus haut. A une période plus avancée de la maladie, le grand angle de l'œil est occupé par une bosselure, de forme demi-sphérique, plus ou moins aplatie, ordinairement indolente, tantôt molle, tantôt tendue. Une opinion qui est généralement admise par les auteurs, c'est que la tumeur lacrymale se distend et augmente de volume pendant la nuit; tandis que, pendant le jour, les larmes sont absorbées par l'atmosphère, sans être obligées de traverser les voies lacrymales. On a donné pour preuve, que la tumeur formée par le sac est plus volumineuse le matin, aussitôt après le réveil, qu'à toute autre période de la journée. Cette opinion qui, de prime abord, semble tout à fait conforme aux lois de la physiologie et de la stricte observation, a été combattue autrefois par Saint-Yves, et de nos jours par Demours. Ces auteurs soutiennent, en effet, que la tumeur lacrymale se vide pendant la nuit et se remplit pendant le jour. Ce qui a dû tromper sur ce point, dit Demours, c'est, d'une part, l'habitude où sont les malades de presser le grand angle dès qu'ils le sentent distendu pendant la veille, et, d'autre part, le temps qui s'écoule entre le moment du réveil et celui où l'on vient observer la tumeur. Toujours est-il, ajoute M. Velpeau, qu'ayant examiné, au moment

même où ils sortaient du sommeil, plusieurs individus affectés de tumeurs lacrymales, j'ai pu constater, comme Saint-Yves, l'absence de la tumeur, tandis qu'une heure ou deux plus tard, cette tumeur avait repris tout son volume de la veille.

La marche de la tumeur lacrymale est assez variable. Tantôt dans deux ou trois mois elle a parcouru toutes ses phases, tantôt, au contraire, elle marche avec tant de lenteur, qu'elle peut durer un plus ou moins grand nombre d'années, quelquefois même toute la vie, sans causer d'autre accident qu'un épiphora modérer. Ces derniers cas ne sont pas très rares.

Les causes de la tumeur lacrymale sont nombreuses et variées. On les trouve dans la constitution du sujet, dans l'état des fosses nasales, de l'orbite ou des paupières. Elles sont prédisposantes ou déterminantes, comme dans toutes les autres maladies. L'enfance et le jeune âge, le tempéramment lymphatique, y prédisposent plus que la vieillesse. Une inflammation quelconque des narines y prédispose également par sa tendance à gagner le canal nasal. Les sujets dits scrofuleux, les jeunes filles à l'âge de quinze à vingt-cinq ans, portent souvent à l'ouverture des narines et sur la lèvre, une affection croûteuse ou eczémateuse qui coïncide dans une infinité de cas avec des ophthalmies très rebelles, et un genre de phlegmasie des voies lacrymales qui ne l'est pas moins. Cette affection paraît conduire directement à la tumeur lacrymale dans une foule de circonstances.

L'inflammation chronique des paupières, c'est-à-dire, les différentes sortes de blépharites, et même la conjonctivite, pénétrant à la fin par les

conduits lacrymaux jusque dans le sac, sont une autre source de tumeur lacrymale dont on a beaucoup parlé, en quelque sorte la seule que veuille admettre Scarpa. Du reste, cette dernière cause n'a point été entendue de la même façon par tous les observateurs. Janin et Scarpa semblent croire qu'en pareil cas, les mucosités purulentes sécrétées par les paupières entrent dans le sac lacrymal, où elles s'épaississent et s'accumulent de manière à gêner bientôt mécaniquement le cours des larmes. Presque tous les autres auteurs établissent, au contraire, que la blépharite ne devient cause de tumeur lacrymale que par l'expansion de la phlegmasie jusque dans le canal nasal.

D'autres causes prédisposantes peuvent exister dans le canal nasal lui-même. Demours a vu l'orifice inférieur de ce conduit fermé par une membrane. Dans un autre cas, il observa une bride à la partie inférieure du sac lacrymal, et M. Taillefer a rencontré une sorte de valvule ayant son bord libre tourné en haut vers le milieu du canal nasal. On conçoit facilement que de pareilles dispositions soient un obstacle au cours des larmes, et qu'il puisse en résulter une tumeur lacrymale. Janin pensait que cette tumeur était le résultat du resserrement, soit spasmodique, soit permanent, d'une espèce de sphincter qu'il croyait avoir découvert vers le milieu du canal. Mais M. Velpeau a constaté, ainsi que tous les anatomistes modernes, que ce sphincter n'existe pas, et que Janin a dû s'en laisser imposer par quelque dégénérescence du tissu fibro-muqueux. Toutefois, ajoute M. Velpeau, la transformation du tissu fibreux en tissu charnu est très fréquente, et il serait possible, à la ri-

gueur, que Janin eût rencontré des fibres musculaires dans quelques points du canal nasal.

La tumeur lacrymale est quelquefois déterminée par des tumeurs étrangères aux voies lacrymales elles-mêmes. Tous les genres de polypes, de productions ou de matière dont le sinus maxillaire est quelquefois le siége, peuvent comprimer le canal nasal et s'opposer à la descente des larmes. La même remarque est applicable aux polypes, aux cancers de l'intérieur du nez ou des sinus, à certaines déviations de la cloison, du cornet inférieur, à des tumeurs, des exostoses de ces régions de la face et même de la cavité orbitaire. Toutefois, nous devons ajouter, qu'il est rare que ce genre d'oblitération du canal produise la dilatation du sac, il se borne ordinairement à déterminer l'épiphora. C'est qu'en effet, pour que la tumeur s'établisse, il faut qu'une maladie, bien plus encore qu'une oblitération, existe à l'intérieur des voies que parcourent les larmes. Nous en dirons autant des petits calculs qui ont été trouvés dans les voies lacrymales. Mais toujours est-il que ce sont là des affections qui doivent favoriser singulièrement le développement de la maladie qui nous occupe.

Une idée dominante dans les ouvrages appartenant à la grande école de l'Académie de chirurgie, et que Scarpa a, plus que personne, contribué à généraliser, est que la tumeur lacrymale résulte d'un obstacle mécanique au cours des larmes. Tout porte cependant à croire que c'est là une opinion erronée. Heister, qui s'en était aperçu, insiste déjà pour prouver qu'il s'agit dans cette maladie de lésions inflammatoires du sac lacrymal ou du canal nasal bien plus que d'obli-

tération proprement dite. Depuis, plusieurs autres praticiens se sont attachés à faire revivre les idées de Heister, à combattre celles de Scarpa, et de presque tous les chirurgiens du dernier siècle, en montrant que la tumeur lacrymale n'est en réalité qu'un des accidents de la phlegmasie chronique des voies lacrymales. M. Velpeau ajoute qu'en oblitérant le canal nasal, soit par les narines, soit dans le milieu, soit à la partie inférieure du sac lacrymal, à l'aide de moyens purement mécaniques, on produit bien un épiphora, on force facilement les larmes à refluer claires et limpides du côté de l'œil, mais on ne détermine que très rarement une tumeur dans le grand angle de l'œil. Une observation attentive et minutieuse, démontre en effet que, chez presque tous les sujets atteints de tumeur lacrymale, le canal nasal est assez libre. M. Velpeau en a même observé plusieurs chez lesquels la tumeur s'était produite, quoi qu'il fût possible d'introduire dans le nez une canule lacrymale du plus fort diamètre.

Il résulte de tout ce qui précède que la cause efficiente de la tumeur lacrymale est essentiellement constituée par un état pathologique du sac lacrymal ou du canal nasal. La maladie est presque toujours une phlegmasie modérée de la membrane muqueuse dans le principe, et cette phlegmasie, qui prend son origine tantôt dans les voies lacrymales elles-mêmes, tantôt sur les paupières, tantôt du côté des narines, finit par amener, soit un boursoufflement, soit des végétations, soit même de véritables ulcérations. Une fois établi, ce travail produit un suintement muqueux ou purulent, donne au liquide, aux matières naturellement absorbées ou sécrétées

par les voies lacrymales, une consistance qui en favorise d'autant plus la stagnation ou la rétention dans le sac, que le calibre du canal nasal est alors nécessairement rétréci.

La tumeur lacrymale n'est presque jamais une maladie dangereuse; elle ne compromet ni la vie, ni la santé générale, ni même l'état physiologique du globe de l'œil. Mais elle finit le plus souvent par faire naître une inflammation aiguë dans le sac, puis dans les couches voisines, par se transformer en anchylops interne, et par donner lieu à une fistule lacrymale. Cette inflammation du sac peut envahir le périoste des os voisins, et de là la carie ou la nécrose de la paroi interne du sac lacrymal ou du canal nasal. M. Velpeau a vu cinq ou six fois l'inflammation se répandre à presque tout un côté du visage, se terminer à la manière de l'érysipèle phlegmoneux dans les paupières et vers la racine du nez. Heureusement que ce ne sont là que des cas exceptionnels, et que presque toujours la tumeur lacrymale ne donne lieu qu'à un abcès très circonscrit avant de se transformer en fistule.

Telles sont les idées émises par M. Velpeau dans le *Dictionnaire de médecine*. J'ai cru devoir les exposer avec tous leurs détails.

Fistule lacrymale.

D'après ce que je viens de dire, il est facile de comprendre que la fistule lacrymale n'est autre chose qu'une des terminaisons de la tumeur du même nom. M. Velpeau serait pourtant porté à penser que, dans quelques cas, cette fistule peut s'établir sans l'existence préalable d'une tu-

meur du sac. On conçoit, dit-il, qu'une déperdition de substance, soit par suite de quelques opération, soit par suite de quelques blessures, de contusions, de brûlures, d'ulcérations, puisse détruire une partie de la portion libre du sac lacrymal au point d'établir là une véritable fistule. Quoi qu'il en soit, la fistule lacrymale est un ulcère qui communique par une ouverture accidentelle avec quelques points du trajet que parcourent les larmes. Nous aurions, en conséquence, à examiner les fistules des conduits lacrymaux, les fistules du canal nasal et les fistules du sac lacrymal. Les auteurs se sont peu occupés des deux premières, j'en ai dit un mot plus haut; il me reste à présenter quelques considérations sur la fistule lacrymale proprement dite.

La fistule lacrymale est quelquefois *interne*, c'est-à-dire qu'elle s'ouvre dans le méat moyen des fosses nasales, dans le sinus maxillaire, ou du côté de l'œil en arrière de la commissure des paupières; mais, hâtons-nous de le dire, cette ouverture se fait presque toujours au dehors; et dans ces cas, l'orifice cutané, qui se trouve, dit M. Velpeau, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent au devant du sac lacrymal, peut néanmoins se montrer sur un autre point. C'est ainsi que ce chirurgien l'a vu une fois sur la pommette et une autre fois près de l'aile du nez. Tantôt cette ouverture est unique, c'est même le cas le plus ordinaire; tantôt la peau du grand angle en est comme criblée. Cet orifice peut d'ailleurs se présenter sous différents aspects.

Le mécanisme de la fistule lacrymale est facile à comprendre : le sac, longtemps distendu par une accumulation de larmes ou de matières muqueuses, purulentes, finit, après un temps plus

ou moins long, par s'érailler ou s'ulcérer; dès lors, l'inflammation se communique aux parties voisines, un abcès se forme, la peau se perfore, l'air se trouve alors en contact avec l'intérieur du sac, et de là toutes les conséquences qui constituent la maladie.

Traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales.

A l'exemple de M. Velpeau, nous étudierons sous un même titre la thérapeutique de la tumeur et de la fistule lacrymales.

Après avoir été tantôt presque entièrement pharmaceutique, tantôt presque exclusivement mécanique, le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales embrasse aujourd'hui ces deux ordres de moyens.

Reconnaissant que la tumeur et la fistule lacrymales résultent le plus souvent d'un état phlegmasique du canal nasal ou du sac lacrymal, les praticiens se sont demandé si le traitement des inflammations, convenablement modifié d'après les particularités de la région malade, ne mériterait pas la préférence sur les moyens mécaniques dans une foule de cas. En conséquence, avant de nous occuper du traitement chirurgical, nous avons à dire quelques mots sur un autre ordre de moyens thérapeutiques.

Topiques et médications générales.

Le chirurgien doit avant tout rechercher les causes, soit individuelles, soit constitutionnelles, de la tumeur ou de la fistule, car c'est contre elles que doivent être dirigées les premières ressources de l'art. On comprend que si une

tumeur développée aux environs des voies lacrymales avait été le point de départ de la maladie, il faudrait avant tout la détruire. Lorsque la tumeur ou la fistule lacrymales coexistent avec un eczéma de la lèvre supérieure et un état croûteux de l'ouverture du nez, M. Velpeau pense que la maladie principale se rattache alors à ces affections, et qu'en les détruisant préalablement, on observe le plus souvent une amélioration notable. Dans des cas de ce genre, je l'ai vu employer avec beaucoup d'avantages une pommade composée d'un gros de précipité blanc par once d'axonge, et quelquefois aussi une autre pommade contenant huit grains de nitrate d'argent par once de graisse. Il fait frotter, matin et soir, les parties affectées avec l'une de ces pommades, en ayant soin de faire tomber préalablement les croûtes au moyen de cataplasmes émollients. Si le maladie coïncide avec une des variétés de la blépharite, M. Velpeau fait avant tout usage des moyens propres à combattre cette affection, et que j'ai déjà indiqués.

Le traitement de la tumeur lacrymale par les moyens antiphlogistiques ne constitue point une médication nouvelle, quoique dans ces dernières années quelques chirurgiens aient cru l'avoir imaginée : on le trouve conseillée dans les ouvrages anciens. M. Velpeau pense qu'on aurait tort d'accorder une grande confiance à ce genre de médication pris dans toute sa rigueur, et qu'il faut y regarder à deux fois avant de l'adopter, attendu qu'il est possible de guérir quelques fistules lacrymales par un traitement mieux entendu et moins capable de troubler la constitution. A ce sujet, voici la pratique adoptée par ce chirurgien : à moins d'indication particulière,

il ne conseille, ni la saignée générale, ni les sangsues à la tempe ou derrière les oreilles, ni le séton à la nuque, ni l'emplâtre stibié, ni les moyens internes ; mais je l'ai vu plusieurs fois se servir avec succès de quelques uns de ces moyens appliqués le plus près possible des parties malades. C'est ainsi que je l'ai vu faire appliquer six à dix sangsues sur le trajet du canal nasal et du sac lacrymal, renouvelées trois ou quatre fois en un mois, suivant les cas, en y joignant des cataplasmes et quelquefois même des fumigations émollientes.

Après cette première période, des frictions sur la tumeur ou des collyres entre les paupières sont avantageux. Les pommades dont M. Velpeau se sert en pareil cas sont, la pommade mercurielle, la pommade d'hydriodate de potasse ou d'iodure de plomb. Les collyres qui lui ont paru devoir mériter la préférence sont, une sulution de nitrate d'argent ou de sulfate de zinc. Versés dans le sac lacrymal, ces liquides y sont absorbés par les points lacrymaux, et vont ainsi dissiper l'inflammation qui entretient l'obstacle au cours des larmes. Quelques praticiens ont obtenu de véritables succès de cette médication. M. Velpeau a obtenu ainsi quatre guérisons dans l'espace d'une année ; mais il a complétement échoué dans une foule d'autres cas ; la maladie cédait le plus souvent, il est vrai, mais plus tard elle reparaissait ; et les malades, après être sortis de l'hôpital guéris, rentraient ensuite pour se faire traiter de nouveau. M. Velpeau s'est enfin convaincu, après une foule d'expériences, qu'on ne réussit par cette médication que par exception, et non pas huit fois sur dix, comme on n'a pas craint de l'affirmer de nos jours.

Traitement chirurgical.

M. Velpeau divise le traitement chirurgical de la tumeur et de la fistule lacrymales en quatre méthodes générales : méthode du cathétérisme et des injections ; méthode de la dilatation ; méthode de la cautérisation ; méthode de l'établissement d'une voie lacrymale artificielle.

Cathétérisme et injections.

Cette méthode offre deux variétés fondamentales : tantôt, en effet, on se propose de désobstruer les conduits affectés ; tantôt on a pour but d'en modifier l'intérieur. Dans le premier cas, son action est évidemment mécanique ; dans le second, elle est plutôt physiologique.

Variété mécanique. — Procédé d'Anel. — Anel traitait les affections des voies lacrymales, tantôt en les désobstruant au moyen d'un stylet très fin, tantôt à l'aide d'injections détersives ou douées de quelque autre propriété médicamenteuse.

Injections. — Le malade est assis en face du jour. Avec la main gauche pour l'œil gauche, la main droite au contraire pour l'œil droit, le chirurgien abaisse modérément la paupière inférieure, de manière à en incliner le bord libre en avant. De son autre main, il saisit la petite seringue, en porte perpendiculairement la pointe dans l'orifice du conduit des larmes, la fait pénétrer dans cette direction jusqu'à la profondeur d'environ une ligne, la place ensuite horizontalement, enfonce le petit siphon d'or ou de cuivre dans l'étendue de deux ou trois lignes,

presse dès lors avec le pouce sur l'anneau que présente l'extrémité postérieure du piston, et chasse avec lenteur le liquide médicamenteux jusque dans le sac lacrymal. On pourrait, à la rigueur, faire ces injections par le point lacrymal supérieur; mais l'opération serait réellement moins commode et moins sûre. On devine d'ailleurs les modifications que l'état anatomique de la partie apporterait au manuel opératoire.

Pendant les premiers jours, ces manœuvres font assez souffrir les malades; mais plus tard elles deviennent aussi simples que peu douloureuses.

Cathétérisme. — Si l'injection ne peut point parcourir les voies lacrymales, Anel conseille de faire usage du stylet. L'opérateur, dit M. Velpeau, devant agir sur le conduit lacrymal supérieur, se place derrière le malade, renverse légèrement la paupière en dehors et en haut, de la main gauche pour l'œil droit, et de la main droite pour l'œil gauche, saisit de l'autre main le stylet comme une plume à écrire, porte perpendiculairement le bouton de l'instrument sur le point lacrymal, en incline ensuite la base en dehors et en haut, comme pour la porter vers l'apophyse orbitaire externe, l'enfonce doucement, entraîne avec l'autre main la portion nasale de la paupière en dedans et vers l'apophyse orbitaire interne, comme pour lui donner une direction verticale, pousse aussitôt dans ce dernier sens le stylet, en ayant soin au moindre obstacle de le relever, de l'incliner un peu, soit en avant, soit en dehors, soit en arrière ou en dedans, pour le forcer à pénétrer enfin jusque dans la narine correspondante; après quoi il le retire pour en revenir aux injections.

Il est inutile d'ajouter que c'est là une opération délicate, qui exige de la part du chirurgien une connaissance exacte de la disposition des parties. De plus, M. Velpeau pense qu'elle est le plus souvent inutile, puisque la tumeur et la fistule lacrymales ne sont presque jamais entretenues par une oblitération complète du canal nasal, et que, même dans ces cas, les matières qui céderaient à l'action du stylet pourraient tout aussi bien être expulsées par de simples pressions de la tumeur.

Procédé de Laforest. — Convaincu que les injections et le cathétérisme à la manière d'Anel offraient le plus souvent de très grandes difficultés, pénétré d'un autre côté des avantages de ce mode de traitement, Laforest imagina de pénétrer dans les voies lacrymales par les narines. Les sondes qu'il fit pratiquer dans ce but sont trop bien connues des praticiens pour que je m'arrête à les décrire. De nos jours ces sondes ont reçu quelques modifications assez importantes. Quoi qu'il en soit, après avoir désobstrué le canal nasal avec une sonde pleine, Laforest la remplaçait par une sonde creuse, qui lui servait à faire des injections.

Variété physiologique. — Dominés par l'idée d'une inflammation de la membrane muqueuse des voies lacrymales, plusieurs chirurgiens ont pensé que les injections seules pourraient suffire dans une foule de cas. Plusieurs essais de ce genre ont été faits, et quelques praticiens en ont obtenu des avantages réels. On conçoit, en effet, qu'en dirigeant des liquides médicamenteux sur le siége du mal, on doive parvenir quelque fois à le dissiper. Dans ce but même, on pourrait

peut-être obtenir le même résultat par de simples fumigations par le nez. Récemment M. Mackensie a formellement conseillé, d'après sa propre observation, de rejeter les seringues, les stylets et les canules. Il suffit, d'après lui, de verser une ou plusieurs fois le jour quelques gouttes du liquide médicamenteux dans le grand angle palpébral pour que les points lacrymaux s'en emparent et le dirigent presque dans le canal nasal. Quoi qu'il en soit, les injections, soit par en haut, soit par en bas, sont réellement des moyens à conserver dans la pratique.

Dilatation.

Cette méthode comprend deux nuances : dans l'une, on agit par les voies naturelles; dans l'autre au contraire, on pratique une ouverture accidentelle pour l'introduction du corps dilatant. Elles renferment, en outre, un assez grand nombre de procédés.

Dilatation par les voies naturelles.

Procédé de Méjean. — Avec un stylet fin, ayant un œil pour recevoir un fil à son extrémité supérieure, Méjean traverse les parties comme Anel, et tâche d'engager le bouton du stylet, à son arrivée vers le plancher des narines, dans la rainure ou le trou d'une sonde cannelée, qui va le chercher au fond du méat inférieur et doit l'entraîner au dehors, ainsi que le fil dont il est armé; formant ensuite une anse de cette espèce de séton, il en réunit les deux extrémités autour d'une épingle qu'il fixe au serre-tête du malade. Le lendemain ou le surlendemain il

attache deux brins de charpie pliés en double à l'extrémité nasale de ce fil, pour construire une mèche qu'on enduit de cérat ou de quelque pommade médicamenteuse, et qui porte un second fil à son extrémité libre. Cette mèche est alors retirée de bas en haut par le nez, jusqu'à la partie supérieure du sac lacrymal. Chaque jour on doit la renouveler et en augmenter progressivement le volume.

Par ce procédé, le traitement est évidemment long, et les guérisons qu'on en obtient sont rarement permanentes. On comprend, d'ailleurs, qu'il doit être très difficile de faire pénétrer le stylet dans le canal lacrymal, et ensuite de le mettre en rapport avec la rainure ou l'œil de la sonde cannelée.

C'est pour obvier à ce dernier inconvénient, que Palluci proposa de substituer au stylet de Méjean, une petite sonde creuse en or, flexible, dans l'intérieur de laquelle passait une corde à boyau assez déliée pour que le malade pût la chasser au dehors en se mouchant. A cette corde était fixée un fil qu'on conduisait dans le même sens, et qui était destiné aux mêmes usages que dans le procédé de Méjean.

Quelques autres praticiens ont aussi apporté de nouvelles modifications au procédé de Méjean; mais elles ont paru si peu importantes, qu'on n'a pas cru devoir les adopter.

Dilatation par une ouverture accidentelle.

Lorsqu'on pénètre par une ouverture contre-nature pour dilater le canal nasal, on se sert, tantôt de corps dilatants temporaires, tantôt de

corps dilatants laissés à demeure dans les voies lacrymales.

Dilatation temporaire. — Pour ce genre de dilatation, les chirurgiens font usage, tantôt de mèches de charpie, tantôt de bougies et de corps métallique.

Procédé de J.-L. Petit. — Un aide placé derrière le malade, tire l'angle temporal des paupières en dehors pour tendre les parties; l'opérateur porte ensuite la pointe d'un bistouri dans le sac lacrymal, au-dessous du tendon direct du muscle orbiculaire, fait au grand angle de l'œil une incision d'environ six lignes, glisse à la place de cet instrument une sonde cannelée, qu'il pousse avec plus ou moins de force jusque dans le nez, à travers le canal nasal, et s'en sert pour introduire une tente ou une bougie conique de cire, dont l'extrémité supérieure doit être plus ou moins renflée et soutenue par un fil. Chaque jour on enlève la bougie pour la nettoyer et la replacer ensuite, jusqu'à ce que le canal ne fournisse plus aucune trace de suppuration.

C'est sur cette méthode que sont calquées toutes celles qu'on emploie de nos jours.

Monro crut devoir modifier le procédé de J.-L. Petit; mais comme ses préceptes ont été généralement négligés, je ne m'en occuperai pas. J'en dirai autant du procédé de Pouteau, qui consiste à porter le bistouri entre le bord palpébral inférieur et la caroncule lacrymale, de manière à pénétrer dans le canal nasal sans léser la peau.

Cherchant à combiner la méthode de Méjean avec celle de Petit, Lecat, après avoir incisé le

sac comme ce dernier chirurgien, se servait de mèches de charpie qu'il engageait de haut en bas, à travers le canal nasal, au moyen d'une corde à boyau, d'une bougie fine ou du stylet de Méjean.

Une foule d'autres modifications ont été apportées au procédé de J.-L. Petit; mais je crois pouvoir me dispenser de les passer en revue dans ce livre. Je me bornerai à ajouter qu'au lieu de mèches de charpie, Scarpa se servait d'une tige de plomb, que Ware préconise un clou d'argent, et M. Larrey un clou de corde à boyau, long de trois à six lignes.

Dilatation permanente.

Canule à demeure. — On rapporte généralement à Foubert l'idée de placer à demeure dans le canal nasal une canule métallique. Cette méthode, protégée dans ces derniers temps par le grand nom de Dupuytren, a fait tant de bruit, que je ne puis me dispenser d'entrer dans quelque développement.

Procédé de Dupuytren. — Les instruments nécessaires sont : 1° un bistouri droit, étroit, à pointe très aiguë ; 2° un mandrin d'acier, sorte de levier coudé à angle presque droit : la partie qui pénètre dans la canule doit la remplir exactement, l'autre, qui sert de manche, plus ou moins aplatie, est longue de deux ou trois pouces ; 3° une canule longue de huit à neuf lignes pour les adultes, et de cinq à six lignes pour les enfants, un peu plus large en haut qu'en bas, garnie à son extrémité la plus volumineuse d'un bourrelet circulaire arrondi et peu épais, très légèrement recourbée en avant,

afin de mieux s'adapter à la direction du canal nasal ; son extrémité inférieure est taillée en bec de flûte.

Le manuel opératoire est d'une simplicité remarquable : le malade est assis en face d'une fenêtre, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide. Armé du bistouri, l'opérateur ouvre alors le sac lacrymal comme dans les autres méthodes ; retirant ensuite légèrement la lame en haut, en appuyant un peu en arrière, de manière à faire bâiller la plaie des téguments, il introduit par là le mandrin muni de la canule, et le fait pénétrer ainsi dans le canal nasal à mesure que le bistouri s'en échappe. Dès que le bourrelet de la canule est descendu au dessous des lèvres de la petite plaie, on le fixe dans ce point avec l'ongle du doigt indicateur et du pouce, pendant qu'on retire le mandrin. On recommande alors au malade d'expirer avec force, et si l'air est chassé par l'angle oculaire, l'opération est bien faite. Il suffit ensuite d'une mouche de taffetas gommé pour recouvrir la petite plaie que l'on a réunie au dessus de la canule et qui se trouve cicatrisée après vingt-quatre heures.

Appréciation. — M. Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire* (2e édit., p. 327), a jugé ce procédé ; je crois devoir le laisser parler lui-même :

« L'emploi de la canule ayant pris une grande extension en France, mérite que j'en examine ici avec quelque soin l'importance et les inconvénients. Beaucoup de reproches lui ont été adressés. C'est, a-t-on dit, un corps étranger qui, par sa présence, fatigue l'organisme, produit de la céphalalgie, des douleurs à la face et

dans le nez, des inflammations érysipélateuses, des phlegmons, des abcès, l'ulcération du grand angle de l'œil. Souvent elle remonte sous les téguments. M. Darcet rapporte vingt-sept cas où l'extraction en est devenue indispensable. D'autres fois, elle tombe dans les fosses nasales, et l'opération est comme non avenue. Tous ces inconvénients ont été signalés par M. Bouchet en 1816 et relevés avec justesse, en Italie, par M. Pl. Portal. Comme Delpech, M. Ouvrard, Béclard, MM. Cloquet, Bourjot, Laugier, je l'ai vue traverser la voûte palatine. On raconte même qu'elle est tombée une fois dans la trachée, et qu'il fallut recourir à la trachéotomie; mais c'est un fait qui mérite confirmation. Cette canule peut aussi s'engager dans le sinus maxillaire, ou dans l'épaisseur du bord alvéolaire. Des mucosités, les poudres que beaucoup de personnes se mettent dans le nez, finisssent par l'engouer et en fermer les orifices. Enfin, quand on est obligé de l'extraire, il faut recourir à une opération plus difficile que celle de la fistule lacrymale elle-même. Si l'instrument glisse entre l'os maxillaire et les parties molles de la face, comme je l'ai vu deux fois, au lieu de s'engager dans le canal nasal, il fera naître des symptômes plus ou moins graves, sans avoir la moindre influence heureuse sur la fistule proprement dite. Il en est de même si on le pousse dans le sinus voisin, si on laboure avec sa pointe les parois du canal, s'il descend entre les os et la membrane de ce conduit, si, en un mot, il ne suit pas exactement la voie naturelle des larmes. Il est clair encore qu'une grosse canule ne sera point conduite sans danger à travers un canal trop étroit, et que si on en met une petite dans un canal très

large, l'opération devra également manquer de succès.

« Pour répondre à de tels reproches, j'ai pu dire : c'est au chirurgien à se mettre en état d'éviter ces diverses méprises, ou du moins, quand il les commet, à ne pas en rejeter la faute sur le procédé opératoire. Dans les autres méthodes, il faut renouveler chaque jour le pansement pendant plusieurs mois, et il n'en est aucune qui n'ait aussi fait naître de la céphalalgie, des érysipèles, etc. Par le procédé de Dupuytren, il ne faut que quelques secondes pour terminer l'opération. Les malades sont presque aussitôt guéris qu'opérés; aucun pansement, aucun soin particulier n'est indispensable; la plupart des sujets se livrent immédiatement après à leurs occupations habituelles, sans se douter qu'ils portent une canule au grand angle de l'œil; on obtient, de cette manière, douze à quinze succès sur vingt. Une jeune femme, qui avait le canal tellement étroit que, pour introduire une canule de fort petit diamètre, il me fallut employer une puissance considérable, en fut quitte pour un peu de céphalalgie pendant trois jours. Je fus, en quelque sorte, forcé de tarauder le canal, pour y faire entrer la canule, chez un garçon âgé de vingt-un ans, qui n'en fut pas moins guéri le lendemain; je l'ai gardé à la Pitié, et aucun accident n'est survenu.

« Le pire qui puisse arriver, après tout, c'est qu'on soit obligé de retirer la canule; pour cela, il s'agit de retrouver l'ouverture supérieure du canal nasal, et de saisir le corps étranger avec de petites pinces. Lorsque quelques difficultés se rencontrent, le mandrin à double crochet de Dupuytren, le petit hameçon de M. Cloquet ou

de M. A. Stevens, ou bien encore le mandrin à double éperon de Caignou, en triomphent promptement. On pourrait aussi se servir d'une pince à dissection, dont un des mors serait terminé par une petite pointe recourbée sur sa face interne. Avec l'un de ces instruments, dont on place le bec dans la rainure du bourrelet, ou bien au-dessous du sommet de la canule, on la ramène aisément à l'extérieur, en lui faisant suivre la route qu'elle avait déjà parcourue.

« J'ai maintenant retiré un grand nombre de fois cet instrument, et la pince à dissection ordinaire m'a le plus habituellement suffi. Remarquons, en outre, qu'après l'extraction de leurs canules, les malades sont absolument dans le même état que ceux qui auraient été traités, pendant le même laps de temps, par la méthode dilatante de Petit, et que plusieurs se trouvent alors radicalement guéris. Chez deux malades, la canule, plus d'à moitié descendue dans le nez, ne put être saisie par le sac lacrymal. Un stylet ordinaire, recourbé en crochet et porté sous le cornet inférieur, me permit d'en faire l'extraction par la narine.

« J'ai vu aussi que la canule n'existait plus chez plusieurs personnes qui croyaient l'avoir encore, et chez lesquelles la fistule ou la tumeur s'étaient rétablies : c'est qu'elle disparaît assez souvent sans qu'on s'en aperçoive. J'ai vu des chirurgiens renoncer à l'extraire, et s'imaginer, comme je me le suis imaginé moi-même deux fois, qu'elle était incrustée dans les os. Si on ne sent rien par le nez, si le canal est libre, si on n'ébranle rien par en haut, la canule n'y est plus ; il est inutile de la chercher.

« Au demeurant donc, la canule ne convient

pas à tous les cas. Lorsque le canal nasal est dévié de sa direction naturelle, qu'il est rétréci dans un sens ou dans l'autre par une exostose, qu'il est fortement resserré et endurci ; lorsqu'il renferme des ulcères ou qu'il est le siége de lésions plus profondes encore, il vaut mieux recourir au séton de Méjean ou à quelque autre procédé mieux approprié. Éclairé par une plus longue expérience, je me vois même forcé d'ajouter aujourd'hui que les succès de la canule sont infiniment moins nombreux en réalité que je l'avais cru d'abord. L'erreur où sont tombés beaucoup de praticiens sous ce rapport, tient à ce que, se croyant guéris le lendemain ou le surlendemain, la plupart des malades ne sont plus revus par le chirurgien. Tenant à savoir ce qu'ils devenaient, je les ai suivis ou fait suivre autant que possible. J'ai vu de cette façon que la canule remontait très souvent dans le sac lacrymal pendant les quatre premiers mois ; qu'il s'en échappait un grand nombre par les fosses nasales avant la fin de la seconde année ; que celles qui restent en place se dénaturent, se dissolvent, se déforment au point de ne servir à rien ; qu'elles se brisent, se remplissent tantôt d'une sorte de mastic noirâtre, semblable à du sulfure d'argent, tantôt de concrétions pierreuses ou sablonneuses, d'autres fois par de la lymphe, du mucus concret, des replis membraneux, etc., de manière qu'au bout de deux ou trois ans, par exemple, il est peu de sujets qui, restant guéris, la conservent intacte dans le canal nasal ; qu'elle mérite presque tous les reproches que lui adresse Ware. Mais enfin, c'est encore ce que la chirurgie possède de moins infidèle. »

Cautérisation.

La cautérisation du canal nasal dans le traitement de la fistule lacrymale n'est pas une médication nouvelle, puisque Heister conseillait déjà de cautériser ce conduit avec le nitrate d'argent, et que même avant cet auteur quelques praticiens y avaient eu recours. Toutefois il est vrai de dire que cette méthode avait été à peu près oubliée, lorsque en 1822 M. Harveng s'en déclara le partisan. De nos jours on compte deux manières de pratiquer la cautérisation des voies lacrymales : dans l'une on cautérise de hant en bas ; dans l'autre, de bas en haut.

1. *Méthode supérieure. — Par le sac lacrymal. — Procédé de M. Harveng.* — Le sac lacrymal ayant été préalablement ouvert comme dans les autres méthodes, le chirurgien, porte, à travers une canule, un cautère, rougi à blanc, ou bien une mèche enduite de nitrate d'argent, sur les points rétrécis du canal nasal ; il renouvelle cette manœuvre à différentes reprises, selon le besoin ; enfin, il se comporte ici comme dans le traitement des affections de l'urètre par la méhode de Ducamp.

Procédé de M. Deslandes. — Trois ans plus tard, M. Deslandes imagina un autre procédé pour atteindre le même but. Voici en quoi il consiste : pour désobstruer le canal nasal, et pour frayer la route au porte-caustique, on commence par introduire dans ce conduit un mandrin ordinaire ; on glisse ensuite à sa place un second instrument de la même forme, portant deux rainures parallèles à sa branche verticale, et qui sont garnies de nitrate d'argent fondu ; on

le tourne alors sur son axe pour que toute la circonférence du canal soit empreinte du caustique, et l'opération est terminée.

Méthode inférieure. — Par les fosses nasales. — La cautérisation par le sac lacrymal n'offre aucune difficulté. Mais ici il n'en est pas de même; le chirurgien doit commencer par se familiariser avec le procédé de Laforest.

Procédé de M. Gensoul. — Un petit cathéter, ayant une courbure exactement semblable à celle des voies qu'il doit parcourir, est d'abord conduit sous le cornet inférieur, et jusque dans le canal nasal, pour reconnaître le siége du mal, qu'on attaque ensuite directement à l'aide d'un porte-caustique chargé de nitrate d'argent. Pour donner au mandrin et à la canule une forme convenable, M. Gensoul en a pris l'empreinte exacte au moyen de l'alliage fusible de Darcet. M. Velpeau a vu quelques uns de ces instruments, et a été étonné de la facilité avec laquelle on peut les introduire dans le conduit des larmes. M. Gensoul a traité ainsi un grand nombre de malades. Les uns ont été guéris complétement, d'autres n'en ont éprouvé qu'une amélioration plus ou moins notable, et plusieurs n'en ont retiré aucun avantage.

Procédé de M. Bermond. — Le fil conducteur de Méjean étant amené au dehors par les voies naturelles, et sans incision préalable, sans s'occuper de l'ulcération du grand angle, M. Bermond, de Bordeaux, le fixe à l'anse d'une mèche enduite de cire, qu'il entraîne ensuite dans le canal nasal pour prendre l'empreinte du mal. Cela fait, il met à la place une tente composée de quelques brins de charpie, enduite

d'une pâte solide, rendue caustique dans la partie qui doit correspondre au rétrécissement. Ce procédé n'est autre chose que le séton de Méjean, rendu caustique.

Appréciation. — Laissons parler M. Velpeau.

« En proposant de cautériser le canal nasal, les chirurgiens que je viens de nommer n'ont eu d'autre prétention que d'appliquer la méthode de Ducamp aux voies lacrymales. Si la cautérisation convient au rétrécissement de l'urètre, elle peut être également mise en usage pour les maladies du canal nasal, il est vrai; mais il me semble que dans les deux cas on n'a pas toujours bien compris l'action du médicament qu'on emploie, ni la nature de l'affection qu'on cherche à détruire. Comme ceux de l'urètre, les rétrécissements du canal nasal sont ordinairement entretenus par une phlegmasie chronique plus ou moins étendue, plus ou moins exactement circonscrite. Jamais la fistule lacrymale n'a pu dépendre du resserrement spasmodique indiqué par Janin, et auquel Richter fait jouer un si grand rôle. L'affection des paupières, invoquée par Scarpa, n'en devient non plus la cause qu'en se propageant au sac lacrymal, et jusque dans le nez, où elle fait naître un boursoufflement, un engouement de la membrane muqueuse capables d'apporter un obstacle au cours des larmes. En d'autres termes, la fistule et la tumeur lacrymales dépendent d'une induration, d'un épaississement ou d'une phlegmasie chronique simple de l'un des points du siphon lacrymal; or, en portant du nitrate d'argent sur les organes ainsi altérés, ce n'est point en y produisant des escarres, en les *brûlant*, qu'on guérit : c'est en dissipant l'inflammation, en neutralisant, en

détruisant le *stimulus*, l'*épine* qui l'entretenait, en produisant la résolution de l'engorgement morbide.

« Il suit de là que le nitrate d'argent est le seul caustique qu'il soit raisonnable d'employer, et que ces empreintes, qui ont tant occupé les praticiens, sont à peu près inutiles; que l'objet principal est de le faire arriver dans la partie supérieure du canal nasal, si on l'introduit par en bas, près de son extrémité inférieure, au contraire, quand on suit la route opposée, afin qu'il puisse agir sur presque toute l'étendue du conduit. Toutes les précautions qu'on pourrait prendre, au surplus, pour empêcher cette action générale, n'atteindraient point le but. Dès que le nitrate d'argent est en contact avec des tissus vivants et humides, il se fond, se répand bientôt en nappes, de manière que, dans le canal nasal, il suffit d'en toucher un point pour que tous les autres s'en ressentent bientôt.

« Ce que j'avance ici de la cautérisation, je puis également le dire de la dilatation. Lorsqu'une mèche ou une tige solide est maintenue, soit d'une manière temporaire, soit à demeure, dans le canal nasal, elle ne me paraît pouvoir être utile que de deux manières : 1° en portant sur les surfaces affectées des substances médicamenteuses propres à dissiper la maladie; ou bien, 2° en comprimant de dehors en dedans toute la circonférence du conduit altéré : on guérit dans ce cas, non pas en dilatant, mais bien par une véritable compression résolutive, de même qu'on guérit l'œdème, certaines dartres, l'érysipèle, etc. »

Établissement d'un canal artificiel.

Procédé de Woolhouse. — A l'aide d'une incision en demi-lune, qui comprend le tendon du muscle orbiculaire, l'opérateur ouvre largement le sac lacrymal, et met l'os unguis à nu; il remplit immédiatement cette plaie de charpie, et pour n'être pas embarrassé par le sang, il ne termine l'opération que le lendemain ou même le surlendemain. Alors, une tige pointue est enfoncée de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière, jusque dans les fosses nasales, à travers la partie inférieure de l'os unguis. Pour empêcher cette ouverture de se fermer, on y introduit une mèche de charpie ou une petite canule conique. Plus tard, on la remplace par une canule d'or, un peu étranglée à sa partie moyenne pour s'opposer à son déplacement.

Quelques modifications ont été apportées à ce procédé. Ainsi, Saint-Yves ménage le tendon du muscle orbiculaire dans l'incision du grand angle, et préfère, comme Lacharrière, Dionis, Wiseman, Scarpa, perforer l'os unguis avec le cautère actuel. Monro se servait du trois-quarts pour la perforation de cet os. Hunter imagina dans le même but un emporte pièce. Plus récemment, M. Nicod a proposé de réunir la perforation à l'aide d'un trois-quarts et la cautérisation avec le fer chaud.

Procédé de Wathen. — Wathen a proposé de pratiquer un conduit artificiel dans la direction même du canal naturel qui n'existait pas, à l'aide d'un foret, et de le maintenir ouvert en y plaçant une canule à demeure.

Procédé de M. Laugier. — Ce procédé consiste à pénétrer de prime abord dans le sinus maxillaire avec un petit trois-quarts, dont la tige est coudée à six lignes de la pointe. M. Laugier pense que si cette ouverture osseuse avait de la tendance à se rétrécir, on pourrait enfoncer toute la paroi qui sépare le canal nasal du sinus.

Appréciation. — « Si, comme j'ai pu le croire avec tant d'autres, dit M. Velpeau, le traitement de la tumeur ou de la fistule lacrymale, par les sétons, la canule, les caustiques, réussissait dans les neuf dixièmes des cas, le procédé de Woolhouse, déjà rejeté comme inutile par Marchettis, Solingen, Maître-Jan, et surtout par les Nannoni, ne mériterait plus d'être discuté de nos jours. Toutes les fois qu'il est possible d'agir sur les voies naturelles, on serait blâmable, dans cette hypothèse, de chercher à en créer une nouvelle ; dans le cas contraire, il serait plus rationnel d'imiter la conduite de Wathen, de tarauder dans le trajet du canal nasal, comme l'a fait Dupuytren, que de se borner à la perforation de l'os unguis ou du sinus, comme Saint-Yves ou M. Laugier. Lorsqu'il y a nécrose, on devrait encore traiter la fistule par l'une des autres méthodes, car la maladie de l'os n'exige pas d'autre soin que si elle avait son siége sur quelque autre partie du corps.

« L'emploi du cautère actuel, ou des escarrotiques chimiques, n'est pas sans danger quand on les porte si près de l'œil ; ils ont plus d'une fois produit l'oblitération des conduits lacrymaux, et, par conséquent, un épiphora incurable. Ce qui semblerait devoir éloigner davantage encore de la méthode de Woolhouse, c'est que les larmes prennent rarement l'habitude de tomber

dans le nez, quand même la route qu'on leur a frayée resterait béante. « Quant à la manière de curer en perçant d'une alène aux tuyaux des narrilles, elle n'est point louée d'Heben Mesué, et je n'y ai point trouvé d'effect, dit Guy de Chauliac, car assez tost après le pertuis de l'os se remplist, et il n'y a rien qui puisse courir ou défluer aux narines;» en sorte que, outre la difformité qu'il porte au grand angle de l'œil, le malade reste affecté d'un larmoiement le plus souvent au-dessus des ressources de l'art; mais il est aujourd'hui démontré, pour moi, qu'on s'est fait très souvent illusion sur ce point, et qu'il est permis plus que jamais de se livrer encore à de nouveaux essais. »

Fermeture du canal.

« Au milieu de ce dédale de méthodes ou de procédés, ajoute M. Velpeau, il en est un qui n'a peut-être pas été envisagé sous son véritable point de vue; je veux parler de la cautérisation. Tout porte à croire que les praticiens, tels que Severin, Scultet, entre autres, qui avaient tant de confiance dans le fer rouge et les escarrotiques, ne guérissaient guère la fistule lacrymale qu'en oblitérant le canal nasal. Cette oblitération, que se proposait L. Nannoni, avait été transformée en méthode par Delpech, et M. Caffort, de Narbonne, m'a écrit que neuf malades traités ainsi ont tous été guéris. On dépose gros comme une lentille de nitrate d'argent dans le haut du canal, et l'on cautérise aussi le sac vers l'embouchure des conduits lacrymaux. On renouvelle l'opération trois ou quatre fois en douze jours, puis on panse

simplement. Un cordon dur s'établit à la place des voies lacrymales, et il n'y a point d'épiphora. Il paraît que Bosche, qui cautérisait les points lacrymaux dans le but de les fermer, ne redoutait pas non plus cette oblitération, et que M. Malgaigne aurait vu comme Anel, Gunz, Petit, Demours, l'absence des conduits lacrymaux sans qu'il en résultât de larmoiement. S'il en était ainsi, une méthode très simple pourrait être substituée à toutes celles qui ont été vantées jusqu'ici. L'excision des points lacrymaux la constituerait en entier. Je l'ai pratiquée deux fois, mais je ne puis rien dire encore du résultat, si ce n'est que les larmes n'en pénètrent pas moins dans le canal nasal, et qu'il ne m'a pas été possible d'oblitérer ainsi les conduits lacrymaux. La cautérisation à la manière de Delpech ou de M. Caffort n'a point eu de succès chez les trois malades que j'y ai soumis. Au demeurant, je crois qu'il existe au fond de tout cela une question de physiologie et de thérapeutique à examiner. »

CHAPITRE IV.

DES OPHTHALMIES CONSIDÉRÉES SOUS LE POINT DE VUE DE LEUR SPÉCIFICITÉ.

Avant d'aborder la question délicate que j'ai à traiter dans ce chapitre, j'éprouve le besoin de déclarer hautement que, dans tout ce que je vais dire, les questions personnelles doivent être complétement élaguées. Chacun sait que la science n'a rien à gagner dans des débats de ce genre. Forcé de citer des noms, je n'aurai jamais en vue que les opinions; mais sur ce point, je dirai franchement toute la pensée de M. Velpeau.

La spécificité des ophthalmies est une question beaucoup plus importante qu'on ne semble le croire. L'ophthalmologie sera évidemment simplifiée de beaucoup lorsqu'on aura définitivement élagué de ses cadres une foule de variétés prétendues spécifiques pour l'admission desquelles la nature n'a pas été convenablement consultée.

Lorsqu'en 1838 je publiai, dans le journal l'*Expérience*, le compte rendu des leçons cliniques de M. Velpeau sur les maladies des yeux, j'insistai si peu sur les ophthalmies spécifiques, que les idées de ce chirurgien sur ce sujet ne furent pas bien comprises. Depuis lors j'ai revu cette question, j'ai pris des renseignements exacts auprès de M. Velpeau, et je suis autorisé à dire que la discussion dans laquelle nous allons

entrer est l'expression pleine et entière des idées de ce professeur.

La spécificité des ophthalmies n'a point été entendue de la même manière par tous les écrivains qui en ont traité. Après avoir été étudiées d'après les lois ordinaires de la pathologie générale par Richter, Ware, Wenzel, Scarpa, Demours, les ophthalmies sont devenues le point de départ d'une théorie toute particulière, ébauchée par Barth, régularisée par Beer et Schmidt, propagée, perfectionnée en Allemagne par MM. Weller, Benedict, Jüngken, Jœger, Rosas, et introduite parmi nous par M. le docteur Sichel. Quoique étonné depuis longtemps des assertions émises par les adeptes de cette doctrine, M. Velpeau n'a pas cru devoir la rejeter sans l'avoir examinée sous toutes ses faces. Trouvant d'ailleurs quelle appartenait à des hommes justement estimés, à des praticiens distingués, il a jugé convenable de la soumettre à un contrôle minutieux, de consulter avec soin et persévérance l'observation et l'expérience. Cette étude a été faite dans un grand hôpital, au lit même des malades et en présence d'une foule d'élèves et de docteurs; faite sans prévention aucune, sans idée préconçue et sans arrière pensée, cette étude devait bientôt porter ses fruits. M. Velpeau se trouva en effet promptement en mesure de résoudre définitivement, au moins pour ce qui le concerne, la question qui va nous occuper. Depuis lors il a regardé comme un devoir de combattre dans son enseignement et dans sa pratique les principes de l'école de Beer. Il en est résulté que ces principes ont graduellement perdu de leur valeur, et que la plupart des ophthalmolo-

gistes modernes en ont reconnu l'inanité. Il est donc permis d'annoncer que la fausse voie tracée par Beer, et que quelques uns de ses dissiples ont rendue plus vicieuse encore en voulant la perfectionner, sera bientôt abandonnée d'un commun accord par tous les bons observateurs. Néanmoins cette doctrine est encore trop répandue, professée par des hommes d'un trop grand mérite, pour n'avoir pas besoin d'être discutée à fond, d'être combattue en détail.

En disant dans l'introduction de ce livre que M. Velpeau rejette la plupart des ophthalmies spécifiques, je n'ai eu l'intention que de parler de la spécificité des maladies des yeux, telle que beaucoup d'auteurs l'ont entendue, et surtout telle que les disciples de l'école allemande l'entendent encore de nos jours. Quant à la spécificité des maladies, considérée d'une manière générale, personne n'est plus disposé que M. Velpeau à l'admettre. Je dois, en conséquence, donner quelques explications sur cette double question.

Il existe deux manières fort différentes d'envisager la spécificité des ophthalmies : dans l'une, on fait suivre le nom primitif de l'inflammation de l'épithète qui se rapporte, soit à la constitution, soit à la maladie générale dont le sujet est affecté. C'est là le genre de spécificité admis à peu près universellement, et que les auteurs français ont à peu près tous adopté. Dans l'autre, la spécificité des ophthalmies serait constituée par certains caractères anatomiques et physiologiques tirés de l'œil malade, et qui serviraient à établir l'existence d'une constitution ou d'une cause morbifique générale. C'est surtout cette doctrine que quelques auteurs mo-

dernes cherchent à répandre et que M. Velpeau croit erronée.

Cette distinction est d'autant plus importante à ne pas oublier, que c'est pour ne l'avoir pas aperçue, ou pour l'avoir négligée, que la nouvelle théorie des ophthalmies spécifiques a bientôt trouvé des partisans parmi les chirurgiens français. Avant d'aller plus loin, je tiens donc à ce qu'il soit bien entendu que M. Velpeau ne rejette d'une manière absolue, ni la spécificité des ophthalmies tirée, soit de la constitution individuelle, soit de la cause particulière, ni celle qui est puisée dans quelques maladies générales qu'elles compliquent ou qui peuvent les compliquer; mais que son opposition porte essentiellement sur la spécificité tirée de l'aspect de l'œil, ou telle qu'elle est présentée dans quelques ouvrages modernes. Ces idées s'éclairciront dans la discussion.

Il résulte de ce qui précède que nous avons à examiner dans ce chapitre les ophthalmies spécifiques sous le point de vue de la doctrine ancienne et sous le point de vue de la doctrine moderne.

Doctrine commune ou ancienne. — Les auteurs qui, partant des opinions médicales générales, ont voulu établir des divisions et des subdivisions multipliées dans l'étude des ophthalmies, ont suivi la même marche que pour toutes les autres maladies du cadre nosologique. C'est ainsi qu'on a admis des ophthalmies sympathiques, métastatiques, dartreuses, psoriques, morbilleuses, varioleuses, scarlatineuses, érysipélateuses, scorbutiques, rhumatismales, arthritiques, scrofuleuses, syphilitiques. Je dois ajouter, tou-

tefois, que tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Ainsi, pour Demours, il n'y a que les variétés scrofuleuses, scorbutiques, arthritiques, dartreuses, syphilitiques, blennorrhagiques, métastatiques et sympatiques, qui puissent entrer dans la classe des ophthalmies spécifiques. Sans nous arrêter à exprimer l'opinion de chaque auteur à ce sujet, examinons à quel titre de pareilles inflammations peuvent être appelées spécifiques.

Un malade a les voies digestives souffrantes, embarrassées; il lui survient une inflammation des yeux. L'œil alors n'est pris que par l'influence des dérangements fonctionnels ou organiques du tube digestif. Une personne est atteinte d'une affection quelconque; une ophthalmie survient, et en même temps la maladie primitive disparaît: ce sont là des faits qui rentrent dans le domaine de la pathologie générale et qui ne peuvent pas même être l'objet d'une discussion; mais, je le demande, peut-on trouver là quelque chose de spécifique?

Pour qu'il y eût de la spécificité dans l'ophthalmie dartreuse, il faudrait d'abord que la classe de maladies connue sous le nom de dartres fût toujours de même nature et ne constituât qu'une seule et même lésion quant au fond, avec des formes susceptibles de varier. Mais qui ne sait aujourd'hui que le mot dartres est un mot générique qui comprend un nombre considérable de maladies diverses? Envisagées de la sorte, les ophthalmies dartreuses devraient au moins être, tantôt vésiculeuses, tantôt pustuleuses, etc., et ne porter au total que sur la partie tégumentaire des paupières. Je crois que ce serait inutile d'entrer dans des détails à ce sujet.

L'ophthalmie *psorique* semble au premier abord être établie sur des bases plus solides. Cependant il est facile de se convaincre qu'elle ne doit pas plus être conservée que la précédente. En effet, qui oserait soutenir de nos jours qu'une ophthalmie de ce genre résulte ordinairement d'une gale supprimée, comme l'admet encore M. Weller? (*Traité des maladies des yeux*, traduc. française, t. 2, p. 172.) Que peut faire sur la production des ophthalmies la destruction des insectes qui causent les vésicules de la gale? Comment s'arrêter à l'idée que des cirons se seront fixés à la racine des cils, quand il n'y en a dans aucune autre région? En outre, qui a jamais constaté l'existence de ces insectes sur le bord des paupières des individus affectés de psorophthalmie? Il y a même plus, c'est que les personnes tourmentées de la gale ne sont point affectées de psorophthalmie; si bien que M. Lawrence a déjà fait la remarque que les galeux étaient peut-être plus rarement affectés d'ophthalmie que les autres sujets. Toujours est-il que, sur une infinité de malades affectés de la gale que M. Velpeau a pu suivre attentivement, soit à l'hôpital de Tours, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit partout ailleurs, ce chirurgien n'a pas trouvé une plus forte proportion de maladies d'yeux que sur les autres sujets, et qu'il n'a rien observé, ni sur l'œil, ni sur les paupières, qui pût justifier l'idée d'une ophthalmie *psorique*.

Quant aux ophthalmies morbilleuses, varioleuses, scarlatineuses, je crois que, dans l'état actuel de la science, ce serait fastidieux de vouloir démontrer qu'il n'y a là rien de spécifique. On conçoit qu'un malade affecté de ces fièvres

éruptives soit en même temps pris d'inflammation des yeux, comme cela s'observe ordinairement; on conçoit encore que l'ophthalmie qui survient dans ces cas, et qui occupe plus particulièrement la conjonctive oculaire quand il s'agit de rougeole ou de scarlatine, les paupières ou la cornée dans les cas de variole, soit modifiée par la cause de la maladie générale; mais assurément personne n'oserait soutenir que, sans l'éruption, il serait possible de reconnaître la nature de l'ophthalmie. Et d'ailleurs, si on ajoute que tous les genres d'ophthalmies dont nous avons parlé dans les deux premiers chapitres de ce livre peuvent se rencontrer là, c'est-à-dire, que l'ophthalmie qui complique la rougeole, la variole, la scarlatine, peut se montrer sous les formes et les variétés de la blépharite ou de la conjonctivite, il est facile de se convaincre qu'il n'est pas possible de trouver là des ophthalmies spécifiques.

Est-ce la peine, après cela, de s'arrêter à l'ophthalmie érysipélateuse, et de repousser ce genre d'inflammation de l'œil du cadre des ophthalmies spécifiques? Je ne le pense point. Aussi je passe outre.

Pour que l'ophthalmie scorbutique méritât le titre de spécifique, il faudrait, d'une part, qu'à elle seule et comme premier symptôme elle pût servir à diagnostiquer un état scorbutique général de l'individu, et, d'autre part, que le scorbut proprement dit fût lui-même le résultat d'une cause spéciale, d'un principe particulier morbifique introduit dans l'économie, au lieu de dépendre d'une dissociation générale des liquides par l'effet d'une alimentation et de conditions hygiéniques particulières. Or, chacun sait

à quoi s'en tenir sur ce point ; ce serait donc inutile de nous y arrêter davantage.

Quant aux ophthalmies rhumatismales, arthritiques, scrofuleuses et syphilitiques, je crois qu'il est nécessaire d'entrer dans plus de détails. Le rhumatisme, la goutte, les scrofules et la syphilis, ont tellement pris droit de domicile dans la science à titre de maladies spécifiques, qu'il serait bien difficile aujourd'hui de le leur enlever, et qu'il pourra paraître paradoxal d'oser même le contester à la plupart d'entre elle. C'est là pourtant ce que nous allons faire.

Ophthalmie rhumatismale. — Tous les praticiens savent, et M. Velpeau est loin de le nier, que les affections rhumatismales ont des caractères tout à fait particuliers, que leurs causes, leur marche, leurs différentes phasès enfin, ne ressemblent guère aux autres inflammations ; mais on doit savoir aussi, et M. Velpeau a fortement insisté sur ce point dans ses leçons, que toutes ces particularités s'expliquent tout aussi bien par la nature des tissus affectés que par l'hypothèse d'un principe, d'un virus morbifique particulier. D'ailleurs, comment les praticiens qui prétendent que le rhumatisme n'est pas une maladie inflammatoire consentiraient-ils à le reconnaître dans l'œil sous la forme d'une inflammation? Il est vrai qu'une ophthalmie qui survient chez un sujet affecté de rhumatisme peut être modifiée par la maladie générale ; mais dans ces cas, il n'y a dans l'œil que ce qu'il pourrait y avoir dans la plèvre, dans le poumon, dans l'estomac, dans la vessie, etc. Or, rien de tout cela ne peut constituer une ophthalmie spécifique ; car, si le caractère du rhumatisme est

de porter exclusivement son action sur le tissu fibro-séreux ou le tissu musculaire, il est tout simple que la sclérotique et la cornée des rhumatisants puissent se prendre tout aussi bien que les autres membranes de même nature. D'où une sclérotite ou une kératite chez un individu affecté de rhumatisme, sans qu'il soit nécessaire de songer à une ophthalmie spécifique.

Ophthalmie arthritique. — Ce que nous venons de dire de l'ophthalmie rhumatismale s'applique à l'ophthalmie arthritique. Quand on considère que la goutte est une maladie propre aux articulations et que son transport sur les autres organes ou sur toute autre partie du corps est encore nié par une foule de praticiens, il est bien permis d'hésiter à reconnaître une ophthalmie arthritique. Demours, qui prétend que cette ophthalmie ressemble à l'ophthalmie blennorrhagique, avec la seule différence qu'il n'y a point de chemosis et quelle est accompagnée de douleurs plus lancinantes, ne savait pas sans doute que d'autres rejeteraient tous ces caractères, et placeraient le siége de l'ophthalmie arthritique dans l'iris ou la choroïde. D'ailleurs, comment a-t-on pu étudier l'ophthalmie arthritique? La goutte est une maladie assez rare; et, d'un autre côté, combien y a-t-il de goutteux sur cent qui soient affectés d'ophthalmie? et quel est le praticien qui ait observé cent goutteux dans le cours d'une longue pratique? Envisagée comme dépendance de la goutte, l'ophthalmie arthritique ne repose donc sur aucune base raisonnable.

Ophthalmie scrofuleuse. — Ayant pour point de départ une maladie générale dont personne

n'oserait révoquer en doute l'existence, l'ophthalmie scrofuleuse présente quelque chose de plus spécieux que les deux variétés précédentes. Aussi a-t-elle été dès longtemps admise et décrite par les auteurs à titre d'ophthalmie spéciale, et aujourd'hui encore est-ce celle à laquelle les praticiens sont le plus disposés à conserver ce titre. M. Velpeau pense qu'il faut s'entendre à ce sujet, et voir si l'on s'est bien rendu compte non seulement de la spécificité de l'ophthalmie scrofuleuse, mais encore de la maladie scrofuleuse elle-même.

Depuis quelques années, j'ai entendu très souvent M. Velpeau émettre dans ses leçons une opinion sur les scrofules tout à fait opposée à celle qui est généralement reçue. C'est ici l'occasion de la faire connaître.

Les auteurs qui attribuent les scrofules à l'existence d'un principe morbifique dans l'économie se sont évidemment fait illusion. Les expériences auxquelles ils se sont livrés pour constater la possibilité de transmettre ce principe d'un individu à un autre n'ont jamais produit que des résultats négatifs, et nous ne pensons pas qu'on puisse trouver aujourd'hui dans la science un seul fait authentique de la contagion de cette maladie. Si quelques phénomènes particuliers, certaines preuves tirées de l'analogie, la marche singulière du mal, n'ont pas suffi pour rendre incontestable la spécificité de la goutte et du rhumatisme aux yeux de tous les pathologistes, comment croire à la spécificité des scrofules, dont tous les caractères et toutes les phases s'expliquent d'ailleurs si naturellement? Qu'observe-t-on, en effet, dans les scrofules? Des ganglions lymphatiques plus ou moins engorgés,

une peau délicate et blanche, de grosses lèvres, une chevelure blonde, des articulations volumineuses et une grande mollesse des tissus. Or, cet ensemble de symptômes n'est évidemment que le résultat d'une constitution organique donnée. En effet, examinons chacun des caractères attribués à la maladie scrofuleuse, et il nous sera facile de prouver que tous peuvent lui être étrangers.

Il est si vrai que l'engorgement des ganglions lymphatiques n'appartient pas d'une manière spéciale à l'état général des individus appelés scrofuleux, qu'on les observe chez les personnes de toutes les constitutions possibles, chez les vieillards comme chez les adultes et chez les enfants, chez les hommes comme chez les femmes. C'est un fait d'observation journalière que de voir dans les hôpitaux comme dans la pratique privée d'énormes glandes sous la mâchoire, dans les régions parotidiennes ou le long du cou, chez des êtres doués de formes athlétiques, d'une peau et de chair fermes, de tous les caractères enfin d'une constitution sanguine. Nous savons bien que, pour éluder la difficulté, on dit que de tels malades n'en sont pas moins scrofuleux malgré leur air robuste, leur bonne santé apparente. Mais c'est là un faux-fuyant qui ne peut faire illusion à personne, lorsqu'on se rappelle cette autre circonstance, savoir, que l'engorgement des ganglions lymphatiques se rencontre assez souvent aussi, soit au pli de l'aine, soit dans l'aisselle, soit au-dessus du coude, sans qu'on tienne à en faire un symptôme de la maladie scrofuleuse, s'il n'existe pas d'ailleurs d'autres caractères de l'état morbide ainsi désigné. Nous reviendrons bientôt sur ce point.

La peau délicate et blanche, sans la coexistence de ganglions engorgés, ne peut à aucun titre indiquer une maladie spécifique; car, outre qu'on l'observe tout aussi bien chez les personnes d'une constitution nerveuse que chez celles qui sont lymphatiques, elle ne pourrait tout au plus désigner qu'une variété de tempérament. J'en dirai autant du volume des lèvres, car chacun sait qu'il existe chez des nations entières sans distinction de constitution, d'âge et de sexe. On sait en outre que c'est principalement sur la lèvre supérieure qu'on observe ce gonflement; or, qu'on examine avec soin les sujets qui offrent cette disposition, et on trouvera que cet état dépend le plus souvent d'une irritation de la muqueuse nasale. Quant au volume des articulations, tous les praticiens savent que, soit qu'il dépende du peu de développement des muscles, soit qu'il existe réellement, on l'observe tout aussi bien chez des sujets affectés d'une maladie autre que les scrofules, le rachitisme, par exemple, et que d'ailleurs ce n'est pas un symptôme constant de la maladie qui nous occupe.

Mais, hâtons-nous d'aller au devant d'une objection que le lecteur a déjà faite. La maladie scrofuleuse n'est pas constituée, dit-on, par ces caractères pris isolément, mais bien dans leur ensemble. Or, cette manière de voir ne repose pas sur des bases plus solides. En effet, le volume des lèvres, l'aspect de la peau, l'engorgement des ganglions lymphatiques, se montrent chez une infinité d'enfants, et persistent même jusqu'à l'âge adulte, sans qu'il y ait véritablement ce qu'on appelle la maladie scrofuleuse; tout ce que l'on observe dans ces cas se réduit à prou-

ver que, chez de tels êtres, le système lymphatique et les fluides blancs prédominent sur les autres systèmes organiques ou sur les autres fluides. On trouve là, en d'autres termes, la preuve d'un tempérament, d'une constitution lymphatique, et nullement les symptômes d'une maladie spéciale. Si l'on dit maintenant que c'est là la doctrine de tout le monde, et que les partisans de la maladie scrofuleuse n'ont jamais parlé de ces caractères qu'à titre de causes prédisposantes, la question change de face. Il ne s'agit plus alors que de voir si avec la prédominance lymphatique dont certaines personnes sont douées il y a lieu d'admettre que l'état pathologique connu sous le nom de maladie scrofuleuse constitue plutôt une affection spécifique que chacune des maladies qui surviennent de préférence chez les individus de constitution nerveuse, sanguine, bilieuse, etc. C'est précisément dans cette comparaison que M. Velpeau a trouvé la preuve de la non spécificité des scrofules.

Qu'observe-t-on, en effet, chez les personnes essentiellement lymphatiques, qui ne se rencontre quelquefois aussi chez les individus de constitution tout à fait opposée? Ce sont, au total, des engorgements séreux ou œdémateux, des phlegmasies lentes ou irrégulières, des suppurations de mauvaise nature, des caries, des nécroses, des foyers tuberculeux, et cela précisément dans les tissus où la vie est naturellement le moins active. Or, on ne peut voir dans tous ces phénomènes que des maladies ordinaires chez un sujet doué d'une constitution particulière. L'observation la plus scrupuleuse n'est-elle pas d'accord avec cette manière de voir? N'est-ce

pas dans l'enfance, et chez les jeunes filles, que les engorgements dits scrofuleux se voient de préférence? Or, l'enfance n'est-elle pas la période essentielle du tempérament lymphatique? Les femmes, qui conservent plus généralement cette prédominence du système vasculaire séreux, ne sont-elles pas la classe des êtres le plus exposés aux scrofules dans l'âge adulte? Et chez les hommes qui deviennent scrofuleux après l'adolescence, tout ne porte-t-il pas à penser que c'est à cause d'une constitution lymphatique qu'ils ont conservée ou qu'ils ont acquise sous l'influence de conditions hygiéniques affaiblissantes ou morbifiques?

Une dernière considération paraît, au surplus, décider franchement cette question. S'il y avait réellement quelque chose de spécifique, soit dans les causes occasionnelles, soit dans les causes prédisposantes des scrofules, il devrait être impossible de faire naître artificiellement la maladie presque indifféremment chez les individus de toute constitution, à moins d'introduire dans l'économie un principe particulier, qui serait alors l'agent spécifique des scrofules. Hé bien! nous ne craignons pas de le dire, l'observation, l'expérience, viennent ici confirmer de tous points les idées de M. Velpeau. Il suffit, en effet, d'observer attentivement pour se convaincre bientôt que l'engorgement des ganglions lymphatiques, que presque tous les engorgements et les épanchements qu'on attribue à la maladie scrofuleuse, se développent sous l'influence d'irritations, de maladies qui n'ont rien de spécifique. C'est à l'inflammation plus ou moins manifeste des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes qu'il faut rattacher les œdèmes dou-

loureux, les engorgements blancs ou sub-inflammatoires, dont les personnes lymphatiques sont si souvent affectées. C'est à l'irritation d'une région plus ou moins éloignée qu'il faut attribuer presque tous les engorgements ganglionnaires; et ces engorgements, il n'est pas un praticien qui ne les ai vus s'établir, en quelque sorte, de toutes pièces sous ses yeux. Il n'y a pas d'individus sur lesquels on ne puisse en faire naître artificiellement. La plus légère croûte comme l'inflammation la plus étendue, la plus petite vésicule comme la carie la plus large du pied ou de la jambe, peut amener un engorgement des ganglions sous-inguinaux. Les maladies de l'urètre et de la verge, comme celles des fesses et des parois hypogastriques, retentissent dans les ganglions du pli de l'aine, et ce sont les ganglions lombaires qui se gonflent quand il y a maladie des testicules. Ce que je dis de la partie inférieure du corps, se retrouve avec la même évidence aux membres thoraciques, à la tête et au cou. En effet, qu'on se pique un doigt, et les ganglions sus-épitrocléens ou de l'aisselle s'engorgeront comme s'il y avait à la main ou à l'avant-bras une vaste phlegmasie. Il en sera de même des ganglions sus-claviculaires dans les maladies de l'épaule ou du cou. Hâtons-nous, toutefois, d'ajouter qu'avec ces causes occasionnelles ou déterminantes, l'engorgement ganglionnaire surviendra plus souvent chez des sujets délicats, de constitution lymphatique, que chez les individus doués d'un tempérament sanguin, chez les enfants et les femmes, que chez les vieillards et les hommes adultes. Mais il n'y a là rien que de très naturel, puisqu'il en est de même pour toutes les autres maladies, et que

tout se réduit d'ailleurs à une simple différence de proportion sans aucun changement de nature dans l'état des tissus malades. Or, je le demande, à quel titre établirait-on que de tels engorgements constituent une maladie spécifique chez les personnes lymphatiques plutôt que chez les autres, comment conserver cette idée dans le premier cas, si l'on convient qu'elle n'est pas applicable au second? Mais, allons plus avant.

Peut-être que pour les régions dont je viens de parler les pathologistes accepteront l'interprétation donnée par M. Velpeau, mais il est à craindre qu'il n'en soit pas de même pour les engorgements du cou et de la face. J'ose espérer, toutefois, qu'en y regardant de près les praticiens finiront par modifier leur opinion à cet égard. En effet, qu'on examine attentivement les sujets que tourmentent des engorgements ganglionnaires du cou, qu'on les interroge avec soin sur les antécédents de la maladie, et on se convaincra qu'au moins dans la plupart des cas ces ganglions ne se sont tuméfiés que par suite de quelques maladies, soit passagères, soit de longue durée, soit légères, soit étendues, de quelque partie de la tête. Ainsi, il n'y a pas d'écorchure, d'égratignure, de piqûre, de teigne, d'érithème, d'érysipèle, de plaie, de contusion du cuir chevelu, qui ne puisse amener à sa suite l'engorgement des ganglions parotidiens ou sous-maxillaires. Les affections herpétiques de l'oreille, de la région mastoïdienne, ou de toute autre partie de la face, peuvent produire le même résultat. Toutes les maladies des paupières, de l'orbite, le moindre coriza, la moindre irritation de la gorge, peuvent en faire autant. Il en est de même de toutes les irritations de la bouche

et des gencives, de celles surtout qu'amènent l'éruption et les maladies des dents. Il faut, dit M. Velpeau, avoir suivi avec quelque soin les enfants dans les hôpitaux, ou bien avoir vécu avec eux dans sa propre famille pour comprendre avec quelle facilité ces engorgements surviennent sous l'influence de la moindre cause, même chez ceux qui sont très robustes et fortement constitués. Au surplus, qu'on observe avec soin ce qui survient à beaucoup d'adultes pendant le cours de certains érysipèles, de certaines angines, de quelques stomatites, comme de la plupart des maladies de la tête et de la face, et l'on verra comment ce développement des ganglions lymphatiques s'opère. Il est vrai de dire que beaucoup de malades que le chirurgien est appelé à examiner ne sont plus dans les conditions où il est aisé de constater la liaison qui peut avoir existé entre la maladie primitive et la maladie secondaire. Mais si l'on veut tenir compte de ce qui est évident pour arriver à ce qui est moins clair, et ne point abandonner non plus les ressources de l'analogie, on verra bientôt qu'il n'y a rien d'exagéré dans l'assertion qui veut que presque tous les ganglions lymphatiques qui s'engorgent au cou ne sont ainsi affectés que par suite d'une irritation de quelque partie de la tête ou de la face. Ce qui peut induire en erreur à cet égard, c'est que l'irritation primordiale ayant complétement disparu, l'engorgement ganglionnaire n'en persiste pas moins assez souvent, de manière à rester comme maladie unique et à continuer son développement. Citons un exemple : Un homme s'écorche très légèrement un des doigts, il en souffre si peu qu'il s'en occupe à peine. Il n'en faut pas davantage

cependant pour occasionner un engorgement d'un ganglion de l'aisselle. Dès lors, la maladie ganglionnaire l'occupe seul, et la petite blessure du doigt, qui disparaît promptement, est bientôt oubliée. A une époque plus ou moins éloignée, le chirurgien est consulté; il questionne, il s'informe, il demande s'il n'a point existé quelque blessure, quelque irritation au membre du côté malade. La réponse en pareil cas est évidemment négative, et pourtant les ganglions de l'aisselle ne se sont engorgés que par suite de l'écorchure du doigt. C'est là aussi le mécanisme des prétendus bubons idiopathiques, des engorgements sous-inguinaux sans maladie apparente de la jambe ou du pied. Maintenant, qu'on se reporte à la tête, et on comprendra facilement que dans le cuir chevelu il a pu exister à une époque antérieure plus ou moins éloignée, même à l'insu de la personne ou des parents, des croûtes, un léger suintement, capables de servir de point de départ à l'engorgement qu'on observe. Un suintement eczémateux de la région mastoïdienne fait naître l'engorgement des ganglions parotidiens; le suintement s'éteint en quelques semaines, et l'engorgement persiste. Le malade n'a pas même pu saisir la cause de son mal, le plus souvent même il l'a oubliée. Plus tard, le chirurgien qui est consulté, ne trouvant plus la cause de la maladie, croit à un engorgement purement idiopathique. Il serait inutile, je crois, de pousser plus loin ces citations. Et, qu'on ne dise pas que ce sont là des idées conçues *à priori*, c'est au lit des malades, c'est après un examen scrupuleux et longtemps prolongé, que M. Velpeau s'est convaincu de la justesse des idées que je viens d'émettre.

Ainsi, ce qu'on entend par maladie scrofuleuse appartient en entier aux maladies du système lymphatique et à l'influence que ces maladies exercent ensuite sur le reste de l'économie. Une cause occasionnelle des maladies du système lymphatique peut produire les mêmes lésions chez toute espèce d'individus. La seule différence qu'il y ait à établir, c'est qu'elle produira son effet plus complétement et plus constamment chez les personnes dont la prédominance du système lymphatique est très prononcée que chez les autres. Mais, quant à la lésion en elle-même, quel que soit le tempérament, la constitution du sujet qui en est atteint, elle se montre toujours au fond avec les mêmes caractères physiques sous le point de vue de l'anatomie pathologique. C'est là un fait dont M. Velpeau s'est bien souvent convaincu. Ainsi, pour ne parler que des ganglions sous-maxillaires, qu'on les dissèque avec soin, et l'on verra facilement qu'ils offrent les mêmes caractères sous le scalpel, soit qu'ils proviennent d'un adulte ou d'un vieillard, d'un homme robuste et sanguin ou d'une personne faible de constitution lymphatique. J'ai entendu bien souvent M. Velpeau dire qu'il voudrait embarrasser à ce sujet le plus habile anatomo-pathologiste, en lui présentant quelques ganglions dégénérés provenant de malades pris dans les conditions générales de santé les plus opposées.

Ce sujet comporterait sans doute de plus grands développements, dans lesquels je ne puis entrer ici. Toutefois, je crois en avoir assez dit pour prouver que la spécificité de ce qu'on est convenu d'appeler la maladie scrofuleuse est loin d'être démontrée, et que les auteurs se sont fait

illusion sur ce point. D'où il résulte nécessairement que M. Velpeau a parfaitement raison de rejeter l'ophthalmie scrofuleuse des cadres nosologiques, à moins qu'on ne dise aussi qu'il peut exister des entérites, des gastrites, des cystites, des pneumonies, des pleurésies scrofuleuses; et dès lors ce ne serait plus qu'une dispute de mots.

Si on se bornait à vouloir dire par là que les individus qui sont affectés de maladie étendue du système lymphatique ou de la goutte, ou du rhumatisme, ou de la variole, ou de la gale, etc., etc., doivent, quand il leur survient en même temps une inflammation des yeux, être soumis à une thérapeutique en rapport avec la maladie générale, dès lors, toute discussion cesserait. Mais il n'en est pas ainsi, comme chacun le sait, et c'est pourquoi M. Velpeau a cru devoir combattre cette manière d'envisager les ophthalmies.

Ophthalmie syphilitique. — Si l'on a bien compris ce que j'ai dit jusqu'ici, on a déjà deviné que M. Velpeau considère l'ophthalmie syphilitique comme une maladie spécifique réelle. Le principe vénérien étant, selon toute apparence, un produit matériel, s'introduit dans les tissus et même dans les fluides de manière à pouvoir se porter partout. De plus, la syphilis imprime généralement aux tissus qu'elle affecte des caractères si tranchés, qu'il ne répugne point de croire qu'elle puisse se fixer dans l'œil de manière à y être facilement reconnue. Ce que l'analogie porte à admettre, l'observation le prouve. Entrons en conséquence dans quelques détails à ce sujet.

On a prétendu, et quelques oculistes sou-

tiennent encore de nos jours, que dans l'œil la syphilis affecte presque exclusivement l'iris. Ce serait une erreur d'admettre cette proposition d'une manière trop générale; il est vrai de dire que cette membrane est le siége principal de l'ophthalmie syphilitique, mais il ne faudrait pas conclure de là que les autres parties de l'œil n'en sont jamais atteintes. M. Velpeau et quelques auteurs avant lui se sont convaincus que les inflammations de la conjonctive, de la cornée et des autres lamelles qui constituent le globe oculaire peuvent également être modifiées par la maladie vénérienne. Nous avons observé à l'hôpital de la Charité plusieurs faits de ce genre.

Nous nous bornerons à dire quelques mots sur l'iritis syphilitique. On a beaucoup écrit dans ces derniers temps sur cette variété de l'iritis; on en a présenté des descriptions très détaillées. Néanmoins, il faut le dire, on a donné à cette affection des caractères qui ne lui appartiennent pas ou qui du moins lui sont communs avec les autres inflammations de l'iris. Sans entrer dans des détails à ce sujet, nous dirons qu'il suffit d'observer attentivement les malades, et surtout de voir un assez grand nombre d'inflammations de l'iris pour se convaincre que de pareils caractères ne sont ni constants, ni propres à l'iritis syphilitique. Les symptômes qui semblent se rapporter spécialement à cette affection sont les suivants : l'iris offre une teinte cuivrée, ayant quelque chose d'analogue aux syphilides du derme; son tissu se tuméfie et revêt un aspect tomenteux; sa face antérieure est veloutée et comme inégale; la pupille est irrégulière et prend des formes variées. La petite circonférence de l'iris présente assez souvent de petites franges, de petits flocons

de couleur roussâtre, nommés *condylomes* par Beer, et *cristagalli* par Muller. Quant aux végétations, aux espèces de petits polypes qu'on a observés au fond de la chambre antérieure, ils ne fournissent rien de bien concluant; ce n'est guère que dans l'iritis chronique qu'on les aperçoit, et il n'est pas sûr que ce soient des symptômes exclusivement propres à l'iritis syphilitique. Ces petites masses polypiformes pourraient bien n'être, en définitive, que d'anciennes concrétions fibrineuses ou plastiques vascularisées par suite d'une inflammation assez vive. Quoi qu'il en soit, ce sont là les symptômes locaux les plus caractéristiques. A ces signes s'en joignent quelques autres qui appartiennent à l'inflammation de l'iris en général; je n'y reviendrai pas.

Il résulte de ces courtes considérations que les caractères locaux seuls seraient souvent insuffisants pour reconnaître la maladie qui nous occupe. Je suis persuadé que plus d'un praticien habile ne pourrait pas toujours porter un diagnostic certain d'après ces seules données. Aussi doit on s'assurer si le sujet n'est pas affecté de syphilis, ou même s'il n'a pas été atteint antérieurement de cette maladie, et, dans ce cas; s'il l'a convenablement soignée. Quant aux symptômes généraux de la syphilis, je ne crois pas devoir les énumérer ici.

L'iritis syphilitique réclame le traitement antisyphilitique général; il ne faut pas cependant négliger la maladie locale. Si le sujet est fort et pléthorique, et que l'inflammation soit aiguë, M. Velpeau a d'abord recours aux émissions sanguines générales et locales, aux purgatifs, aux mercuriaux à hautes doses. Quant au

traitement spécifique, il est analogue à celui des autres affections vénériennes. M. Velpeau n'attend pas, pour combattre la maladie interne, que l'inflammation ait cédé; en général, il l'attaque dès le début, et il unit le traitement antiphlogistique au traitement spécifique. C'est ordinairement le proto-iodure de mercure en pilules à dose d'un quart de grain, d'un demi-grain, d'un grain même par jour, qu'il ordonne en pareille circonstance. Ce traitement est continué pendant six semaines consécutives. En même temps il fait usage des frictions d'onguent mercuriel à la dose d'un ou deux gros chaque jour ou tous les deux jours, aux tempes, sur le front ou sur la face interne des jambes ou des cuisses. Lorsqu'il existe quelques légères adhérences, ou qu'il craint leur apparition, il emploie la belladone.

Quant aux topiques, il est évident qu'ils ne peuvent être ici que d'une faible utilité, mais on irait évidemment trop loin en les rejetant d'une manière absolue, en leur attribuant des dangers. Ainsi, j'ai vu M. Velpeau retirer d'assez bons résultats d'un collyre avec un demi-grain ou un grain de sublimé par once d'eau, de lotions avec l'eau de guimauve contenant un gros de calomel par verre. Les collyres laudanisés ou avec le sucre de saturne pourraient encore être utiles. Mais un moyen qui est fort avantageux, et que M. Velpeau ne manque jamais d'employer, consiste à faire des frictions autour de l'orbite ou sur la tempe avec la pommade mercurielle.

Telles sont les bases de la thérapeutique de l'iritis syphilitique.

Doctrine moderne.

Au lieu de chercher dans l'état général, dans la constitution des sujets, comme l'avaient fait leurs devanciers, l'explication des formes diverses que peuvent revêtir les ophthalmies, Beer et ses disciples se sont efforcés de prouver que, par la seule inspection de l'œil malade, il est possible de caractériser les ophthalmies spécifiques et constitutionnelles. Le système qu'on a imaginé à ce sujet mérite d'être examiné avec le plus grand soin.

Avant de discuter la valeur relative de chaque ophthalmie spécifique prise isolément, il importe de présenter quelques considérations générales qui nous aideront par la suite à réfuter les opinions erronées qui ont été émises.

État anatomique de l'œil. — D'après l'école allemande et ses partisans, chaque ophthalmie spéciale, spécifique ou combinée, serait caractérisée par un développement, un arrangement particulier des vaisseaux de la partie enflammée; à tel point qu'il y aurait une vascularisation, une coloration scrofuleuse, varioleuse, scarlatineuse, goutteuse, rhumatismale, etc., etc.

Nous ne nous engagerons ici dans aucune discussion théorique; suivant nous, les faits parlent assez haut. En effet, qu'on examine avec soin, et sans prévention aucune, l'inflammation d'un des éléments anatomiques de l'œil, et on se convaincra facilement que si la vascularisation n'est pas la même dans tous les cas, cela tient évidemment du degré, de l'intensité et de l'étendue de la phlegmasie. M. Velpeau en a

donné si souvent des preuves au lit des malades dans son service à l'hôpital de la Charité, qu'il ne nous est pas permis de conserver le moindre doute à cet égard, et que nous sommes étonné que des observateurs, d'ailleurs distingués, n'aient pas craint d'avancer qu'à la vue de telle ou telle vascularisation de l'œil il leur est possible d'annoncer positivement l'existence de telle ou telle ophthalmie spécifique. Nous en sommes d'autant plus surpris, que les descriptions présentées par les partisans eux-mêmes de ce genre de recherches nous donnent gain de cause sur ce point. En effet, rien n'est facile comme de se convaincre, en lisant leurs ouvrages, que la même disposition vasculaire se retrouve sous leur plume quand ils décrivent les inflammations simples d'un tissu déterminé de l'œil, que quand ils parlent d'une ophthalmie spécifique qui porte sur la même partie. Nous croyons en conséquence qu'il serait inutile d'entrer dans plus de détails. C'est là d'ailleurs une question que les praticiens sont à même de vérifier chaque jour, et que tous les bons observateurs ont déjà jugée.

On a dit aussi que chaque ophthalmie spécifique a, pour ainsi dire, son tissu de prédilection. L'analogie a évidemment joué ici le principal rôle; c'est ainsi qu'on a assigné pour siége des ophthalmies varioleuse, scarlatineuse, la conjonctive; de l'ophthalmie rhumatismale, la sclérotique et la cornée; de l'ophthalmie catarrhale, la membrane muqueuse de l'œil. Dans ces cas, il est vrai, l'observation semble venir en aide à la théorie; mais, outre que, même pour ces espèces, la phlegmasie est loin de s'arrêter aux tissus qu'on lui assigne, on ne voit pas pourquoi

l'iris serait plutôt le siége de l'ophthalmie syphilitique que les autres membranes de l'œil. D'ailleurs, où trouver l'analogue du système lymphatique dans l'organe de la vision, qui pourtant serait si fréquemment affecté d'ophthalmie scrofuleuse? Qu'on parcoure ce que disent à ce sujet les auteurs dont M. Velpeau combat les opinions, et on se convaincra facilement que tout se réduit à des assertions plus ou moins hasardées, dépourvues de preuves.

État fonctionnel de l'œil. — Ce qui prouve que dans la doctrine moderne des ophthalmies spécifiques les idées théoriques ont joué le principal rôle, et que la nature n'a pas toujours été consultée, ou du moins qu'elle ne l'a pas été convenablement, c'est la prétention qu'on affecte de pouvoir distinguer la nature de la phlegmasie par l'examen des troubles fonctionnels. En effet, dire, par exemple, que des douleurs sourdes et profondes autour de l'orbite dans l'ophthalmie rhumatismale, qu'une photophobie intense dans l'ophthalmie scrofuleuse, qu'une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante dans l'ophthalmie catarrhale, etc., etc., permettront de reconnaître chacune de ces maladies, n'est-ce pas se payer d'un mot ou avancer une erreur palpable? Nous ne voulons pas dire par là qu'on ait prétendu établir le diagnostic sur ces seules données; mais toujours est-il que ces signes sont présentés comme caractéristiques, et c'est là l'erreur. L'observation démontre que les inflammations de l'œil, produites n'importe par quelle cause, sont caractérisées par ces symptômes toutes les fois que c'est un tissu plutôt qu'un autre qui est le siége du mal. Si la preuve de ce fait ne se rencontrait pas tous

les jours au lit des malades, rien ne serait plus facile que de la donner expérimentalement, car il n'est pas un seul des troubles fonctionnels signalés par les auteurs dont nous repoussons en ce moment les doctrines qu'on ne puisse produire artificiellement.

M. Velpeau ne prétend point, et cela ne saurait trop être répété, que l'état, soit matériel, soit fonctionnel de la conjonctive, de la cornée ou de l'œil tout entier, ne présente pas des caractères particuliers quand il est réellement le produit d'une cause spécifique; mais il soutient que les ophthalmies spécifiques dont l'école allemande et ses partisans font le plus de bruit n'existent pas, qu'on s'est fait grandement illusion sur ce point, en même temps qu'on a négligé celles qui existent réellement. C'est ainsi que l'ophthalmie blennorrhagique, qui est très certainement le produit d'une cause toute spéciale, que l'ophthalmie d'Égypte, l'ophthalmie belge, l'ophthalmie des nouveau-nés et les ophthalmies épidémiques en général, qui sont bien, s'il en fut jamais, des ophthalmies spécifiques, ont toutes été englobées sous le titre vague et insignifiant d'ophthalmie catarrhale; tandis qu'on a sérieusement proposé d'établir des ophthalmies cachectique, abdominale, menstruelle, veineuse, érysipélateuse, etc., etc.

Nous n'entrerons pas ici dans plus de détails; nous nous bornerons à dire, en terminant ces courtes réflexions générales, qu'il est évidemment impossible de trouver une vascularisation, une coloration, un siége, des changements fonctionnels spécifiques, dans des ophthalmies dont la cause est empruntée à des maladies générales qui, comme nous l'avons déjà prouvé, n'ont

rien de spécifique. C'est, du reste, dans l'analyse de chaque ophthalmie en particulier que l'on trouvera la dernière preuve de ce que nous avons avancé jusqu'ici.

Ophthalmies spécifiques en particulier.

Un premier inconvénient de la doctrine combattue par M. Velpeau, inconvénient dont tous les bons esprits ont sans doute compris toute la portée, c'est qu'elle a introduit dans la science une telle confusion dans la distinction des ophthalmies, qu'il est presque impossible de s'y reconnaître, non seulement pour le nombre et les espèces, mais encore pour les caractères attribués à chacune d'elles.

Avant de chercher à régulariser l'interprétation des descriptions données par les auteurs, nous croyons qu'il est indispensable de passer en revue les principales variétés auxquelles ils se sont arrêtés, en ayant soin de montrer successivement l'inutilité de leur distinction. Quoique plusieurs d'entre elles aient déjà été rejetées par tous les bons observateurs, nous pensons devoir nous y arrêter un instant.

Ophthalmie cachectique.—Je croirais abuser de la patience du lecteur que d'accumuler des raisons pour démontrer que l'ophthalmie cachectique, encore décrite par M. Sichel (Lebaudy, *thèse de concours*), ne peut point constituer une ophthalmie spéciale. Il est évident que chez un sujet cachectique toutes les inflammations locales dont il peut être atteint sont des inflammations cachectiques, et l'ophthalmie chez lui ne peut pas plus échapper à cette qualifica-

tion générale que l'inflammation des autres organes.

Ophthalmie des vieillards. — Faire une ophthalmie spéciale de l'ophthalmie des vieillards, comme l'admet aussi M. Sichel (Lebaudy, *oper. cit.*), serait autoriser à en faire une pour les enfants, une autre pour les adultes, une quatrième pour les femmes, etc., et ce serait en conscience pousser trop loin la puérilité des divisions scolastiques.

Ophthalmie menstruelle.—Si un homme aussi versé dans l'étude des maladies des yeux que M. Sichel n'en avait pas parlé de nouveau, on ne croirait pas qu'il fût venu à l'esprit de personne de créer une ophthalmie *menstruelle* ou *ménopausique*. Cette ophthalmie, qui serait caractérisée par de la photophobie, du larmoiement, une injection variqueuse de la conjonctive et de la sclérotique, un cercle veineux autour de la cornée, est tout simplement une choroïdite, une iritis ou une kératite, compliquée d'un peu de conjonctivite. La seule raison invoquée par M. Sichel en faveur d'une aussi singulière idée, c'est qu'on observe quelquefois l'ophthalmie avec de tels caractères chez les femmes qui n'ont plus leurs règles, ou dont la menstruation est irrégulière; comme si les femmes mal réglées n'étaient pas sujettes à toutes les espèces d'ophthalmies. Pour complément de sa démonstration, M. Sichel (*Traité de l'ophthalmie*, etc., page 331-335) rapporte deux observations particulières, qu'on est assez étonné de trouver si étrangères à ce qu'il veut faire admettre.

Ophthalmie abdominale. — On est naturellement porté à se demander ce que signifie le titre

d'ophthalmie *abdominale*, et pourquoi dès lors il n'y aurait pas aussi des ophthalmies *pectorale, encéphalique*. Les symptômes que M. Sichel rapporte à cette espèce d'ophthalmie sont une injection conjonctivale, composée de gros vaisseaux qui se bifurquent et se subdivisent en avançant de la racine des paupières vers la cornée, etc. Quant à sa spécificité, elle serait basée en entier sur l'existence antérieure d'hémorrhoïdes fluentes; comme si chez les sujets dont les hémorrhoïdes viennent d'être supprimées on n'observait pas comme chez tous les autres individus, tantôt des blépharites, tantôt des conjonctivites, tantôt des iritis, etc.; comme si, d'un autre côté, les caractères qui existaient chez le malade dont parle M. Sichel (Oper. citat., p. 329), ne s'observaient pas aussi chez les personnes qui n'ont jamais été affectées d'hémorrhoïdes.

Ophthalmie des femmes en couche. — Si l'ophthalmie des nouvelles accouchées revêt en effet quelques caractères particuliers, cela tient à la surabondance des liquides blancs qui dominent évidemment à cette époque; toutefois on ne peut voir en cela rien de spécifique. Mais dire, avec M. Sichel, que la totalité du globe de l'œil peut se remplir de lait, et que cette ophthalmie porte à la fois sur la conjonctive et les autres membranes de l'organe de la vision, serait émettre une assertion sans preuves suffisantes.

Ophthalmie scorbutique. — Nous ne chercherons pas à combattre l'ophthalmie désignée sous ce titre, car les auteurs qui en parlent ne sont pas même d'accord sur son existence. M. Sichel

dit ne l'avoir jamais observée, et ne semble aucunement disposé à l'admettre. (Oper. citat., p. 470.)

Ophthalmie veineuse. — Sous ce titre, M. Sichel a confondu l'ophthalmie *abdominale* et l'ophthalmie *arthritique*. La variété abdominale, dit cet auteur, est caractérisée par des rameaux vasculaires isolés, d'un calibre très considérable (comparativement aux injections ordinaires), évidemment variqueux, d'un pourpre foncé et presque bleu, remplis d'un sang indubitablement veineux ou carbonisé, parallèles entre eux, etc. (Oper. citat., p. 307.) Avouons qu'il faut être bien rempli de son sujet pour écrire de pareilles choses! Et c'est ainsi que l'ophthalmie prend le nom de veineuse! Que répondrait M. Sichel à celui qui lui demanderait des preuves de ce qu'il avance quand il dit (page 298) que « le système veineux en général, et particulièrement celui de la veine-porte, peuvent être le siége de certains désordres, qui tantôt restent fixés dans le centre de la circulation veineuse abdominale et ne se manifestent que par un trouble des fonctions des organes de l'abdomen, et tantôt entraînent à leur suite un état pathologique dans le système fibro-séreux, etc.? » Et c'est sur de pareilles bases qu'on s'appuie pour perfectionner l'ophthalmologie!

Ophthalmie érysipélateuse.—Les symptômes de l'ophthalmie érysipélateuse sont si peu tranchés, que chaque auteur qui en parle les présente sous une forme différente. M. Mackensie lui donne pour caractères : une rougeur pâle de la conjonctive, une tuméfaction brusque des paupières et quelques vésicules conjonctivales.

D'après M. Weller, ce serait l'ophthalmie arthritique qui se montrerait sous la forme érysipélateuse; tandis que M. Stœber semble la confondre avec une variété du chemosis ou de l'ophthalmie œdémateuse, et que M. Middlemore, qui la caractérise par une teinte jaunâtre et une démangeaison de la conjonctive, en fait aussi un chemosis œdémateux. M. Sichel, qui a soin d'indiquer qu'elle peut exister en l'absence de tout érysipèle de la face, lui donne pour phénomène tout à fait caractéristique les vésicules signalées par M. Mackensie et quelques autres. Mais cet auteur qui, s'attachant (p. 295) à donner une histoire générale de la maladie, dit qu'il n'a jamais observé dans la conjonctive rien d'analogue à la desquammation, qu'il n'a jamais vu l'inflammation s'étendre aux tissus profonds de l'œil, et que l'ophthalmie érysipélateuse ne laisse presque jamais de suites, oublie sans doute qu'à la page précédente il avoue qu'il n'a observé que trois fois cette ophthalmie dans toute sa pratique, qu'il doit la considérer comme extrêmement rare, et que, par conséquent, ses assertions générales n'ont aucun appui.

M. Velpeau a aussi observé plusieurs fois les vésicules dont je viens de parler; mais il a pu constater de la manière la plus positive, qu'elles n'avaient aucun rapport avec l'érysipèle, et que, fonder sur leur existence une ophthalmie spéciale, ce serait créer de toutes pièces un être qui n'existe pas.

Les auteurs parlent aussi de quelques autres espèces d'ophthalmies spécifiques; mais je crois inutile de m'en occuper. De nos jours, justice a été faite à ce sujet.

Je ne suis entré dans si peu de détails sur les ophthalmies spécifiques, précédemment étudiées, que parce qu'elles n'ont trouvé que peu de partisans et qu'elles n'ont été le sujet d'aucune discussion sérieuse parmi les pathologistes. Mais il n'en est pas de même de celles dont il me reste à parler, puisqu'elles semblent maintenant avoir pris droit de domicile dans la science, et qu'elles jouent un grand rôle dans l'ophthalmologie moderne. Il importe donc que nous entrions ici dans des détails minutieux et convenablement circonstanciés.

Ophthalmie catarrhale. — Pour prouver la réalité de l'existence de l'ophthalmie catarrhale comme maladie spéciale ou spécifique, les auteurs qui l'admettent auraient au moins dû s'entendre sur les caractères de cette ophthalmie. Mais en lisant les descriptions que chacun d'eux en a données, il est facile de se convaincre qu'il s'en faut qu'ils soient parfaitement d'accord sur ce point. En effet, pour ne parler d'abord que du siége de la maladie, d'après Beer et une partie de son école, l'ophthalmie catarrhale n'occupe ordinairement que la conjonctive ; MM. Mackensie et Middlemore disent qu'elle occupe la conjonctive et les follicules de Meïbomius ; au dire de M. Weller (t. 2, p. 120), elle se borne le plus souvent aux paupières ; M. Carron du Villards (t. 2, p. 27) la considère comme une inflammation de la conjonctive passée aux tissus plus profonds ; et M. Sichel (tableau synopt., p. 732) ne lui accorde d'autre siége que la conjonctive oculo-palpébrale : aucun autre tissu de l'œil, ajoute ce dernier auteur, ne participe à l'affection.

Les oculistes ne s'accordent pas mieux sur le

plus ou moins de fréquence de l'ophthalmie catarrhale. Ainsi, les uns disent, avec M. Sichel, qu'elle est la plus commune de toutes les ophthalmies; tandis que d'autres, au nombre desquels nous citerons Bénédict, Beer, M. Mackensie, sont loin de partager la même opinion, puisque ces trois ophthalmologistes n'hésitent pas à dire que sur cent ophthalmies il y en a au moins quatre-vingts qui sont scrofuleuses. Je dois ajouter que, d'après M. Velpeau, de toutes les inflammations de l'œil, c'est la kératite que l'on observe le plus souvent.

Mais cette dissidence est surtout frappante quand on examine les descriptions symptomatologiques présentées par les auteurs. Ici, il faut le dire, on trouve une confusion telle, qu'il n'est plus permis de douter que les idées de M. Velpeau ne soient parfaitement justes, et qu'il ne peut rien y avoir de spécifique dans une maladie dont les caractères pourraient être si différemment interprétés. Qu'on examine avec soin ce que disent les ophthalmologistes à ce sujet, et on se convaincra facilement qu'il n'y a rien d'exagéré dans ce que j'avance. Mais ce n'est pas tout : que l'on compare la description qu'ils donnent des caractères de l'ophthalmie catarrhale avec celle qu'ils présentent sous le titre de conjonctivite simple, et on trouvera, dans moins de mots sans doute, une ressemblance à peu près parfaite.

Or, d'après toutes ces considérations, que je pourrais prolonger beaucoup en faisant des citations, on est en droit de se demander si on a réellement consulté la nature en spécifiant d'une manière catégorique un état morbide de l'œil, dont nous donnerons plus tard la véritable inter-

prétation. Il nous reste donc à examiner la cause occasionnelle de la phlegmasie, qui se trouve, dit-on, dans un refroidissement, dans une variation de température, comme celle des rhumes et des catarrhes en général. Ici encore, l'idée d'une ophthalmie spéciale ne repose sur aucun fondement. Quelle est l'inflammation qu'un refroidissement subit ne puisse pas produire? N'est-ce pas à la suite de causes semblables qu'on est pris tantôt de pleurésie, tantôt de pneumonie, tantôt de péricardite? etc., etc. Et conçoit-on qu'on ait pu trouver la moindre apparence de spécificité dans une cause aussi générale! Est-ce que les tissus enflammés par cette cause peuvent être autrement vascularisés, autrement altérés, que quand ils s'enflamment sous une tout autre influence? Est-ce que l'inflammation de la conjonctive déterminée par une irritation quelconque ou par une modification passagère des fluides, ne se comporte pas, une fois qu'elle est bien établie, comme celle qui résulte de l'impression du froid? D'ailleurs, s'il est reconnu que la conjonctivite reconnaît souvent pour causes le froid ou l'humidité, est-il permis de songer à cette étiologie dans les ophthalmies qui règnent de temps à autre d'une manière épidémique dans différents pays? L'influence du froid peut-elle rendre compte de l'ophthalmie d'Égypte, de l'ophthalmie belge, de toutes les conjonctivites purulentes enfin? Conçoit-on qu'on ait pu s'en contenter pour expliquer la naissance de l'ophthalmie blennorrhagique? Ne faut-il pas se faire une illusion bien étrange pour croire qu'on a fait quelque chose d'utile en soutenant que toutes ces ophthalmies sont des ophthalmies ca-

tarrhales, qui ne diffèrent que par leur degré d'intensité? Telle est pourtant l'opinion de M. Sichel; voici ses propres paroles : « Celle-ci (*l'ophthalmie blennorrhagique*) n'est donc pour nous que le résultat d'un développement extraordinaire de la conjonctivite catarrhale, et elle comprend les nombreuses variétés admises par les ophthalmologistes, telle que l'ophthalmie d'Égypte, celle des nouveau-nés, etc.; affections identiques, selon nous, et seulement plus ou moins modifiées par les circonstances qui président à leur formation et à leurs progrès, et par l'âge des individus atteints (p. 213).» Est-ce la peine, comme l'a dit M. Velpeau, de réfuter de pareilles assertions? Et ne serait-on pas tenté de croire que ces variétés d'ophthalmie n'ont guère été observées de près par M. Sichel, ou du moins que cet oculiste en a négligé la description, lorsqu'on examine attentivement ce qu'il en dit? Qu'on lise, en effet, l'ouvrage de cet auteur, et on se convaincra facilement de la justesse de cette remarque. Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions. Nous croyons en avoir assez dit pour prouver qu'au lieu d'ophthalmie catarrhale, il faut s'en tenir au simple titre de conjonctivite, soit simple, soit d'Égypte, soit de Belgique, soit blennorrhagique, soit purulente des nouveau-nés.

Ophthalmie scrofuleuse. — Nous trouvons ici les mêmes difficultés et la même confusion que pour l'ophthalmie catarrhale.

Pour ce qui est de la fréquence de l'ophthalmie scrofuleuse, M. Sichel, en disant (p. 196) que l'ophtalmie catarrhale est la plus commune de toutes les ophthalmies, se trouve évidemment contredit par la plupart des auteurs qui

ont écrit sur cette matière ; car, Beer, Bénédict, MM. Weller, Carron du Villards et beaucoup d'autres, soutiennent que l'ophthalmie scrofuleuse est la plus fréquente de toutes les ophthalmies spécifiques. Le premier de ces auteurs dit même qu'on la rencontre à Vienne quatre-vingt-dix fois sur cent.

Mais c'est surtout pour ce qui a trait à la symptomatologie qu'on trouve une telle divergence d'opinions, qu'il ne peut plus rester de doute sur la justesse de l'idée que nous avons déjà émise plusieurs fois dans ce livre, savoir, que dans la doctrine combattue par M. Velpeau les idées théoriques jouent le principal rôle. En effet, qu'on examine avec soin les descriptions que donnent les auteurs de cette espèce d'ophthalmie, et on se convaincra sans peine que notre opposition sur ce point est tout à fait rationnelle.

Ce vague, ces contradictions dans l'exposé d'un tableau qui devrait à peine varier s'il s'agissait réellement d'une ophthalmie spécifique, tiendraient-ils à ce que quelques uns des auteurs qui l'ont tracé se seraient mépris, tandis que d'autres auraient suivi la véritable voie? Nous n'approfondirons pas une pareille question. D'ailleurs, puisque en discutant les principes qui servent de base à la doctrine ancienne des ophthalmies spécifiques, nous avons prouvé que rien ne démontre que ce qu'on est convenu d'appeler la maladie scrofuleuse soit une affection réellement spécifique, il n'est pas nécessaire de nous arrêter à l'examen des caractères spéciaux de l'ophthalmie scrofuleuse.

Ophthalmie arthritique.—Cette espèce d'oph-

thalmie spécifique est une de celles auxquelles les auteurs tiennent pour ainsi dire le moins. Nous devons dire toutefois que M. Sichel, qui en fait une variété de l'ophthalmie veineuse, la décrit assez longuement. Nous ne nous arrêterons pas à réfuter les opinions émises par cet auteur à ce sujet, car nous sommes loin de penser avec lui (p. 305) qu'il *n'y a rien de plus naturel que la sympathie qui unit la choroïde au foie, à la rate et aux organes liés au système de la veine porte*; et « qu'on peut rapporter l'injection à l'origine arthritique toutes les fois qu'elle présente les caractères suivants : on voit dans la sclérotique une zone de vaisseaux d'un carmin un peu plus foncé que celui de la sclérotique rhumatismale; ils commencent à deux ou trois lignes de distance du bord de la cornée, et se rendent vers ce dernier, d'abord en direction parallèle et rectiligne; avant de l'atteindre, ils se bifurquent et s'anastomosent les uns avec les autres par leurs bouts voisins de la circonférence cornéale. Ces vaisseaux, au lieu de franchir un peu la circonférence cornéale, comme cela a lieu dans la sclérotite rhumatismale, en sont, au contraire, constamment séparés par un cercle bleuâtre ou blanchâtre, partiel ou total, qu'ils ne dépassent point, et au bord duquel ils disparaissent ou pénètrent dans l'intérieur de l'œil.» Nous le demandons, est-il nécessaire après cela d'entrer en discussion; et de pareilles assertions ne montrent-elles pas évidemment jusqu'à quel point on peut se faire illusion, lorsqu'on se laisse dominer par des idées préconçues? Si, après des données aussi vagues, M. Sichel invoquait au moins à l'appui de son opinion quelques observations concluantes, on pourrait,

pour me servir de l'expression de M. Velpeau, prendre sa description au sérieux. Mais, nous sommes forcés de le dire, on ne trouve rien de plus probant dans les faits qu'il donne comme modèles. On va en juger :

Première observation (page 321). Il s'agit d'une couturière âgée de vingt-quatre ans. Après avoir exposé les symptômes de la maladie, M. Sichel passe, pour confirmer son diagnostic, à l'examen verbal et à la recherche des antécédents, et voici ce qu'il écrit à ce sujet : «La malade est habituellement constipée; plusieurs fois déjà elle a été atteinte de douleurs, peu intenses à la vérité, mais de quelque durée, dans différentes articulations. Ses menstrues ont toujours été peu abondantes et irrégulières; elle nous dit qu'elle ne les pas eues depuis trois mois, et convint qu'il était possible qu'elle fût enceinte. Même avant la suppression des menstrues, cette personne, si jeune encore, avait déjà plusieurs fois perdu de petites quantités de sang par l'anus, circonstance extraordinaire chez les personnes du sexe, et donnant toujours de fortes présomptions pour le développement futur d'affections arthritiques. Il faut remarquer encore que cette malade se nourrissait presque exclusivement de viande et de pain, et buvait du vin pur assez fréquemment. Le diagnostic, ajoute M. Sichel, fut donc *pleinement* confirmé par toutes ces données.» Le lecteur a sans doute apprécié ces raisons à leur juste valeur; nous ne nous y arrêterons pas.

Deuxième observation (p. 324). Le sujet est un coiffeur, âgé de vingt-huit ans, qui donne pour signe commémoratif de son ophthalmie arthritique, qu'il est depuis longtemps sujet à des

douleurs dans les articulations, qu'il a des hémorrhoïdes non fluentes et qu'il éprouve des maux de reins.

Troisième observation (p. 326). Il s'agit d'un marchand colporteur, âgé de 59 ans, qui est sujet à des douleurs dans les membres, et dont les genoux et les coudes offrent depuis dix ans des croûtes nombreuses de psoriasis.

Quatrième observation (p. 328). C'est ici une blanchisseuse de 57 ans, qui donne à l'appui de son ophthalmie arthritique des douleurs rhumatismales accompagnées de douleurs lancinantes dans la tête, des hémorrhoïdes non fluentes, et (ce qui est plus remarquable) l'absence de ses menstrues depuis l'âge de *quarante-cinq* ans.

Avouons-le en terminant : c'est là une logique on ne peut plus élastique, et l'on ne doit plus être étonné qu'en raisonnant ainsi on puisse trouver partout des ophthalmies spécifiques. En vérité on ne conçoit pas comment un observateur aussi distingué que M. Sichel a pu se faire une si grande illusion.

Ophthalmie rhumatismale. — L'ophthalmie rhumatismale est généralement mieux caractérisée quant au siége et aux symptômes qui la distinguent, d'après les auteurs qui en ont parlé. Toutefois elle se montre avec des couleurs assez diverses dans les descriptions qui en ont été données pour embarrasser ceux qui voudraient s'en faire une idée nette.

D'après M. Weller, le premier degré de l'ophthalmie rhumatismale est caractérisé par les symptômes suivants : douleurs déchirantes et pongitives dans l'œil et les parties voisines, augmentant par la chaleur du lit ; larmoiement

âcre et abondant; photophobie très intense; rougeur de la conjonctive oculaire et de la sclérotique. Les membranes externes du globe oculaire et quelquefois l'iris sont le siége de la maladie. Dans la seconde période, les faisceaux vasculaires de la conjonctive deviennent plus distincts; la photophobie diminue considérablement; on observe des phlyctènes sur la cornée ou sur la sclérotique; ces vésicules s'ouvrent et se transforment en ulcères qui laissent rarement après eux des cicatrices. Cette espèce d'ophthalmie serait assez souvent compliquée de scrofules.

M. Lawrence, qui dans sa description confond évidemment l'ophthalmie rhumatismale avec le début de l'ophthalmie purulente, avec la kératite et l'iritis, ajoute que ce sont les malades affectés de rhumatisme ou d'arthropathie blennorrhagique qui lui ont offert le plus souvent l'occasion d'observer l'ophthalmie dite rhumatismale. Il est d'ailleurs facile de se convaincre qu'il n'existe pas la moindre analogie entre l'inflammation décrite par M. Lawrence et celle dont parle M. Weller.

Le tableau qu'en trace M. Mackensie est manifestement plus clair. D'après cet auteur, la sclérotique, qui est le siége à peu près exclusif de l'ophthalmie rhumatismale, rougit alors et se pénètre d'une zone vasculaire, radiée, profonde, en même temps que des douleurs pulsatives occupent tout l'orbite. Du reste, M. Mackensie ayant senti combien il serait difficile de maintenir le titre d'ophthalmie à cette inflammation, se demande s'il ne vaudrait pas mieux l'appeler *sclérotite atmosphérique*.

Quant à M. Sichel, il en donne une descrip-

tion trop confuse et trop compliquée pour qu'il soit possible de bien saisir sa pensée sur ce point.

En cherchant les motifs qui ont porté les auteurs à créer de toutes pièces une ophthalmie rhumatismale, on ne tarde pas à se convaincre qu'il n'en existe aucun qui puisse être sérieusement discuté. On distingue néanmoins dans leur raisonnement que, encore dominés par les doctrines vaporeuses qui régnaient en médecine dans les siècles passés, ils ont pris pour base de prétendus faits qui n'ont plus cours aujourd'hui dans la science, et qui d'ailleurs ne justifieraient en aucune manière ce qu'ils entendent par ophtalmie rhumatismale. Ainsi, l'irritation qui porte le nom de rhumatisme est, selon M. Sichel (pag. 254), différente de l'inflammation, ce qui n'empêche pas cet oculiste de décrire l'ophthalmie rhumatismale comme une inflammation. Les auteurs dont nous combattons en ce moment les idées admettent, comme tout le monde, du reste, que le rhumatisme est très fugace, qu'il passe facilement d'une partie sur l'autre, et cependant rien n'est plus tenace, plus difficile à déplacer que leur ophthalmie rhumatismale. Le rhumatisme a pour siége unique le tissu fibro-musculaire, et dans les descriptions qu'on donne de l'ophthalmie rhumatismale, les muscles de l'œil n'occupent qu'une place très secondaire, plusieurs auteurs n'en parlent même pas ; tandis qu'on lui donne pour siége, soit l'iris, soit la membrane hyaloïde, soit la membrane de Descemet.

Nous avons encore ici à faire un examen rapide des observations rapportées par M. Sichel, car elles montrent jusqu'à l'évidence que cette

espèce d'ophthalmie n'est que le résultat d'une pure supposition.

Première observation (p. 283).—*Ophthalmie catharro-rhumatismale double avec tendance à l'ophthalmo-blennorrhée.*—Nous ferons d'abord observer qu'à défaut d'autres preuves, ce titre constituerait à lui seul la réfutation pleine et entière de la doctrine combattue par M. Velpeau. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet. M. Sichel dit dans cette observation qu'après avoir constaté par l'examen de l'œil l'existence de l'ophthalmie rhumatismale, il put démontrer la justesse de son diagnostic en apprenant que le malade presque rétabli était allé dans la cour au milieu de la nuit, et qu'il avait de suite éprouvé de légers frissons, de la toux, une légère douleur dans les muscles; comme si un simple refroidissement devait nécessairement produire un rhumatisme et ne pouvait pas donner lieu à toute autre affection.

Le sujet de la seconde observation est une jeune fille âgée de 15 ans. Après avoir diagnostiqué une ophthalmie catharro-rhumatismale, M. Sichel qui, il faut en convenir, n'est pas très difficile en fait de preuves, démontre la justesse de son opinion en ajoutant que « la malade est affectée de coryza depuis quelque temps, qu'elle s'est exposée à un courant d'air, après avoir déjà eu l'œil rouge depuis plusieurs jours.»

En admettant que ces deux malades n'eussent jamais été affectés de rhumatisme, et il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque M. Sichel n'en dit rien, on est forcé d'avouer que c'est inventer des êtres pour le seul plaisir d'en créer, que de trouver chez ces malades une ophthalmie rhumatismale.

Dans la troisième observation, M. Sichel diagnostique une iritis rhumatismale, parce que le sujet attribue son ophthalmie à un refroidissement. Il est d'autant plus inconcevable que M. Sichel se fasse illusion à ce sujet, qu'il a lui-même établi, d'un autre côté, que ce qui distingue les inflammations catarrhales de l'œil, c'est leur développement sous l'influence du froid. Comment ne s'est il pas aperçu en raisonnant ainsi que l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie rhumatique se confondaient complétement, et que, ne différant plus alors entre elles que par le siége, il aurait fallu, pour être conséquent, se borner à établir une conjonctivite, une kératite, une sclérotite, une iritis rhumatismales, ou bien une conjonctivite, une kératite, une sclérotite, une iritis catarrhales.

En disant que les causes prédisposantes de l'ophthalmie rhumatismale se trouvent dans le sexe féminin, chez les enfants, les boulangers, les blanchisseuses, M. Sichel oublie sans doute que les enfants sont très rarement affectés de rhumatisme, et que les femmes, les boulangers, les blanchisseuses, qui en sont moins souvent atteints qu'il ne pense, sont tout aussi fréquemment affectés de ce qu'il appelle lui-même ophthalmie scrofuleuse. Est-il nécessaire d'ajouter que le refroidissement et les autres causes du rhumatisme sur lesquelles il insiste tant, n'ont absolument rien de spécifique, et que ce sont là des causes générales qui produisent chaque jour toute sorte de phlegmasie, tout aussi bien que l'ophthalmie dite rhumatique?

M. Velpeau conclut de ce qui précède, qu'il ne pense pas que, en y regardant de près, aucun

pathologiste puisse trouver dans le groupe de symptômes, soit anatomiques, soit physiologiques, qui caractérisent la prétendue ophthalmie rhumatismale de l'école allemande, la moindre circonstance capable de justifier une semblable dénomination. Aussi n'hésite-t-il pas à rejeter encore l'ophthalmie rhumatismale du cadre des ophthalmies spécifiques.

Il me resterait à parler maintenant de l'ophthalmie syphilitique; mais ayant déjà exprimé l'opinion de M. Velpeau sur cette ophthalmie spécifique, je n'y reviendrai pas.

S'il est vrai de dire que les descriptions des ophthalmies spécifiques, prises isolément, sont vagues, confuses, souvent même inintelligibles, que serait-ce si nous passions en revue l'amalgame qu'on en a fait en les combinant les unes avec les autres? Nous aurions alors à examiner les ophthalmies dites *catarrho-rhumatismale*, *catarrho-abdominale*, *catarrho-lymphatique*, *catarrho-scrofuleuse*, *rhumatismo-scrofuleuse*, etc., etc. De là aussi les titres pompeux d'*ophthalmie catarrho-rhumatismale, avec tendance à l'ophthalmo-blennorrhée* (M. Sichel, p. 283), d'*ophthalmie catarrhale avec tendance blennorrhéique* (id., p. 286). Mais une pareille discussion ne rendrait guère plus évident le vice de la doctrine combattue par M. Velpeau, et ce serait abuser par trop de la patience du lecteur. Il suffit de mentionner de pareilles idées pour montrer toute la confusion qu'elles doivent répandre sur l'ophthalmologie, confusion au milieu de laquelle, on peut le dire sans crainte d'être démenti, les praticiens consommés, les auteurs eux-mêmes, se reconnaissent à peine.

En démontrant que les ophthalmies spéci-

fiques dont nous venons de parler n'existent point, M. Velpeau n'a pas eu l'intention de dire que les auteurs ont inventé les phénomènes qu'ils décrivent. Ce chirurgien admet, au contraire, tous les faits matériels qu'ils signalent, et il les a lui-même observés comme eux. Ce n'est que sur l'interprétation de ces faits que porte son opposition. Nous allons donc maintenant tâcher de traduire leurs descriptions, et de les ramener à ce qui existe réellement d'après la doctrine anatomo-pathologique; après quoi nous nous occuperons du traitement.

Interprétation du langage des auteurs concernant les ophthalmies spécifiques.

Pour éviter dans ce paragraphe des répétitions longues et fastidieuses, je me bornerai à exprimer les idées de M. Velpeau sous forme de propositions. Je suis persuadé que le lecteur en saisira facilement la justesse, d'après ce que j'ai dit dans les précédents paragraphes, et surtout en examinant attentivement les caractères de chacune des ophthalmies spécifiques décrites par les auteurs, et en les comparant avec ceux que nous avons étudiés dans les deux premiers chapitres de ce livre.

On peut évidemment rapporter à la blépharite diphtéritique, à la kératite ou à la rétinite, l'ophthalmie décrite par M. Middlemore sous le titre d'*ophthalmie irritable*.

L'ophthalmie *érysipélateuse* est une conjonctivite oculo-palpébrale, ou bien un érythème cutané des paupières.

L'ophthalmie *morbilleuse* n'est qu'une con-

jonctivite oculaire ; tandis que l'ophthalmie *scarlatineuse* devient assez souvent une kératite, et même une kératite ulcéreuse.

L'ophthalmie *varioleuse* est tantôt une blépharite, tantôt une conjonctivite, tantôt une kératite ; quelquefois même elle peut comprendre ces trois phlegmasies à la fois.

L'ophthalmie *dartreuse* se rapporte tantôt à une blépharite cilaire ou glanduleuse, tantôt à une conjonctivite.

L'ophthalmie *des femmes en couche* est une conjonctivite oculo-palpébrale, avec tendance à l'ophthalmite.

Les ophthalmies *menstruelle*, *abdominale*, *hémorroïdale*, *veineuse*, sont des nuances de la choroïdite ou de l'iritis, ou des accompagnements de quelque autre affection profonde de l'œil.

Les symptômes de l'ophthalmie *arthritique* ne se rapportent pas toujours à la même espèce de phlegmasie : ainsi le mucus écumeux appartient à la blépharite glanduleuse diphtéritique ; le cercle gris qui entoure la cornée et la zone radiée de la sclérotique, sont les symptômes de l'iritis ; l'état bleuâtre de la sclérotique et variqueux de la conjonctive indique une maladie de la choroïde.

L'ophthalmie *rhumatismale* rentrerait en entier dans la sclérotite ; mais nous avons déjà démontré que l'inflammation ainsi désignée par les ophthalmologistes ne peut point être conservée sous ce titre, que ce n'est là qu'une variété, soit de la kératite, soit de l'iritis. L'ophthalmie rhumatismale est donc, pour M. Velpeau, une iritis simple, quand il y a dans la sclérotique une zone vasculaire radiée autour de la cor-

née, sans larmoiement ni photophobie intenses. Lorsqu'au contraire ces deux derniers symptômes sont très-prononcés, il y a kératite, et même kératite ulcéreuse.

L'ophthalmie scrofuleuse est une conjonctivite, soit partielle, soit angulaire, soit papuleuse, lorsque cette prétendue ophthalmie spécifique n'est accompagnée ni de photophobie, ni de larmoiement, ni de blépharo-spasme. Toutes les fois au contraire qu'on observe ces trois symptômes, on peut être sûr qu'il s'agit d'une kératite ou d'une iritis; mais principalement d'une kératite ulcéreuse. Si les praticiens, frappés de ces phénomènes, n'ont aperçu qu'une inflammation de la sclérotique, ou qu'une conjonctivite partielle, s'ils ont cru devoir les rapporter à une constitution spéciale, c'est que la difficulté d'examiner convenablement, dans ces cas, le devant de l'œil ne leur aura pas permis de constater les altérations dont la cornée est alors constamment le siége. Cette méprise est d'autant plus excusable, que chez les enfants, sur les yeux desquels on croit si souvent rencontrer l'ophthalmie scrofuleuse, les ulcères de la cornée, de quelque nature qu'ils soient, échappent très facilement à l'attention des observateurs.

On trouve tous les caractères de l'ophthalmie *catarrhale* dans la conjonctivite, et ses différents degrés ou variétés. Ainsi la conjonctivite angulaire constitue le *taraxis* de M. Weller et de quelques autres oculistes allemands; tandis que c'est le premier degré de la conjonctivite diffuse qui constitue le *taraxis* des anciens et de plusieurs modernes. L'ophthalmie *catarrhale ordinaire* est représentée par la conjonctivite du second et du troisième degré. Les ophthalmies

catarrhales intenses de toute l'école allemande sont aussi des conjonctivites, mais des conjonctivites réellement spécifiques, dont la cause intime est encore cachée. On a ainsi une conjonctivite purulente des nouveau-nés, qui a son point de départ dans la conjonctive palpébrale; une conjonctivite purulente épidémique, dont le principe est entièrement ignoré; une conjonctivite purulente et granuleuse des armées belges; une conjonctivite purulente d'Egypte, et une conjonctivite purulente blennorrhagique.

Non seulement on peut réduire ainsi à leurs éléments rationnels les ophthalmies spécifiques simples, mais encore les ophthalmies spécifiques composées. En effet, la conjonctivite unie à la choroïdite, constituera l'ophthalmie *catarrho-abdominale;* l'iritis jointe à la choroïdite, constituera l'ophthalmie *rhumatismo-arthritique*; la conjonctivite unie à la kératite simple, produira l'ophthalmie *catarrho-rhumatismale*; la conjonctivite jointe à la kératite ulcéreuse, constituera l'ophthalmie *catarrho-scrofuleuse*. Je crois qu'il serait inutile de pousser plus loin ces citations; le lecteur pourra facilement faire lui-même toutes ces substitutions.

Maintenant, je le demande, cette manière d'envisager les ophthalmies n'est-elle pas infiniment plus rationnelle, plus simple, plus utile que celle qu'on trouve dans certains ouvrages? Certes, il ne s'ensuit pas de là qu'on doive négliger, dans l'étude des inflammations de l'œil, les causes qui leur donnent naissance, et la constitution des sujets; mais, on ne saurait trop le répéter, tout se passe ici comme dans les autres organes, et il serait tout aussi absurde d'admettre la doctrine de l'école allemande dans

l'étude des maladies des yeux, qu'il le serait d'en faire l'application aux différentes phlegmasies des autres organes.

Traitement des ophthalmies spécifiques.

En établissant des ophthalmies spécifiques, on n'avait pas seulement en vue d'obtenir un diagnostic plus précis des inflammations de l'œil; on prétendait, en outre, arriver par là à une thérapeutique plus rationnelle : mais sur ce point comme sur tout le reste, la science n'a rien gagné aux travaux des modernes, et les partisans de la spécificité des ophthalmies n'ont pas été très heureux dans leur traitement particulier. Nous verrons dailleurs que, sur ce point, ils ne sont pas plus d'accord que sur les autres.

Ophthalmie catarrhale. — D'après M. Lawrence, cette espèce d'ophthalmie ne réclame pas ordinairement les émissions sanguines; dans les cas ordinaires, les ventouses et les sangsues suffisent. Cependant, lorsque le sujet est jeune, vigoureux et pléthorique, il est avantageux de pratiquer une saignée et d'administrer ensuite un émétique. Le meilleur topique est l'eau tiède ou les fomentations avec la décoction de pavot. Il est inutile de couvrir l'œil, si ce n'est pour le protéger contre une lumière trop vive.

La thérapeutique de M. Weller est plus compliquée, puisque cet auteur emploie, selon les cas et successivement, les sangsues, l'eau froide, les sachets aromatiques, les solutions de pierre divine, d'opium, de sublimé, de sulfate de zinc, et les pommades astringentes, en même temps

qu'il ordonne le calomel, qu'il fait appliquer des vésicatoires derrière les oreilles, et qu'il tient le malade à un régime doux.

M. Mackensie, qui repousse les remèdes généraux énergiques, mais qui admet l'utilité des laxatifs, des sudorifiques, des vésicatoires, vante, comme Beer, les collyres stimulants, le collyre au sublimé ou au nitrate d'argent, par exemple; mais il regarde comme nuisibles l'acétate de plomb et le sulfate de zinc.

Pour M. Sichel, le traitement des ophthalmies catarrhales se compose des indications suivantes : 1° indication antiphlogistique qui le plus souvent est remplie par l'action répercussive des collyres astringents; 2° indication résultant de la suppression momentanée de la transpiration cutanée, indication à laquelle répond l'usage des sudorifiques; 3° lorsque l'ophthalmie catarrhale est rebelle à ce traitement, déplacement de l'irritation sécrétive sur d'autres parties du système muqueux (purgatifs), ou sur la peau (vésicatoires). (*Oper. citat. Tableau synopt.*, pag. 740.)

Je ne pousserai pas plus loin ces citations. J'en ai dit assez, je crois, pour montrer le peu d'accord qui règne sur ce point de thérapeutique, et il est évident que cette confusion dépend de ce que, au lieu de traiter tous la même maladie, comme ils semblent l'avoir cru, les auteurs adressent leur médication à des inflammations de tissus différents. Aussi rien n'est plus difficile que de se faire des idées nettes à ce sujet. Mais si, mettant de côté toutes les idées vaporeuses de l'école allemande, on revient aux vrais principes de pathologie, tout s'explique avec clarté. En effet,

on n'a plus dès lors à traiter ici que la conjonctivite et ses différentes variétés. Ainsi, puisque ce qu'on appelle l'ophthalmie catarrhale simple n'est autre chose que la conjonctivite, il est évident que les mercuriaux, les purgatifs, les sudorifiques, les vésicatoires eux-mêmes ne sont nullement indiqués, comme nous l'avons démontré ailleurs. Si l'inflammation est intense, la solution de nitrate d'argent, aidée des émissions sanguines, suffit presque toujours. Lorsque la phlegmasie est modérée et purement locale, la solution de nitrate d'argent à elle seule en triomphe constamment. Les purgatifs ne sont indiqués que si les voies digestives paraissent embarrassées, et les exutoires ne conviennent que pour les conjonctivites, ou très anciennes, ou qui tendent sans cesse à se reproduire. Quant aux conjonctivites purulentes, qu'on a englobées aussi sous le titre d'ophthalmie catarrhale, il est évident que ce ne serait ni avec des sudorifiques, ni avec des vésicatoires, ni avec de simples collyres astringents, qu'on en triompherait. On peut voir d'ailleurs ce que nous avons dit à ce sujet en traitant des différentes variétés de la conjonctivite.

Ophthalmie scrofuleuse. — Quoique cette espèce d'ophthalmie soit une de celles que les oculistes sont le plus disposés à admettre à titre de maladie spécifique, il s'en faut qu'ils soient tous d'accord sur les moyens thérapeutiques à l'aide desquels on doit la combattre. Il est même facile de se convaincre par ce qu'ils en disent qu'ils éprouvent sur ce point un véritable embarras. Ainsi, les uns l'attaquent, avec Bénédict, par les émissions sanguines générales et locales; d'autres, avec MM. Jungken et Dieffenback, lui

opposent les topiques froids. M. Weller, au contraire, n'a que peu de confiance aux antiphlogistiques ; le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, suivant lui, repose presque en entier sur les laxatifs mercuriels accommodés à la constitution des sujets. Les principaux moyens à employer, dit cet auteur, sont la dissolution d'acétate de potasse, le tartrate de potasse, l'infusion de séné composée, les préparations antimoniales, l'éthiops antimonié, le tartre stibié à petites doses, le muriate de baryte, le gaïac, plusieurs préparations de soufre.

M. Mackensie préconise une thérapeutique différente. Cet auteur, qui vante les vomitifs, les purgatifs, le sulfate de quinine, les vésicatoires et la pommade stibiée, mais qui n'admet qu'avec réserve les émissions sanguines générales et locales, recommande le collyre au nitrate d'argent, l'extrait de belladone, quand l'irritation est un peu calmée, le vin d'opium en topique, et les ponctions de la cornée, lorsque l'ophthalmie est très intense.

M. Middlemore n'a aucune confiance aux émissions sanguines; les émétiques, les diaphorétiques, sont, à son avis, plus nuisibles qu'utiles; les préparations d'iode ne lui ont procuré aucun résultat avantageux : ce sont les purgatifs qui lui ont le mieux réussi. Il recommande aussi l'usage du mercure à petite dose dans les cas ordinaires, et à hautes doses lorsque la maladie a envahi les tissus profonds. Les vésicatoires, les sétons, les cautères, sont pour lui des moyens qu'on ne doit pas négliger dans la pratique. Il préconise, en outre, le vin d'opium et la solution au nitrate d'argent.

M. Lawrence pense que le traitement de

l'ophthalmie scrofuleuse doit avoir pour base une médication générale ; les topiques, n'ont, d'après lui, qu'une action très secondaire.

Quant à M. Sichel, nous sommes forcés d'avouer que tout ce qu'il dit sur le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse est encore plus vague. Après les émissions sanguines, les purgatifs, les mercuriaux et les révulsifs cutanés, ce praticien insiste pour qu'on ait recours à ce qu'il appelle des *anti-lymphatiques*. C'est aux antimoniaux, aux préparations de mercure, de baryte, d'iode, aux alcalins et aux toniques qu'il applique cette dénomination. D'après lui, les collyres astringents « peuvent être de quelque utilité dans les cas fort légers et dans le début de la conjonctivite scrofuleuse ; mais ils nuisent sans contredit lorsque cette dernière est tant soit peu accompagnée d'irritation sclérotidienne, de photophobie ou de kératite. Ce que nous venons de dire, ajoute-t-il, s'applique à tous les topiques, quels que soient leur nom et leur action ; la sclérotite les exclut *tous et d'une manière absolue* (p. 392). »

Il est aisé de voir, au milieu de cette dissidence d'opinions, que la théorie a perverti la pratique. Qu'on considère les faits sous leur véritable point de vue, et dès lors on suivra une route rationnelle, et la thérapeutique en éprouvera infailliblement une influence heureuse.

Le traitement des ophthalmies dites scrofuleuses est le même que celui de la conjonctivite, de la kératite ou de l'iritis, et doit par conséquent varier selon le tissu enflammé, au lieu d'être administré d'une manière générale d'après un principe qui manque de base. C'est ainsi

que, lorsque la conjonctivite est seule affectée, le nitrate d'argent en solution suffit pour en triompher; tandis que si la cornée et l'iris se trouvent pris, il faut avoir recours aux moyens généraux dont nous avons parlé en traitant de ces deux affections. Doit-on conclure de là que la constitution lymphatique du sujet, ou, si on l'aime mieux, la maladie scrofuleuse, ne mérite aucune attention de la part du chirurgien ? Ce n'est pas là l'opinion de M. Velpeau ; ce chirurgien pense, au contraire, qu'on doit diriger vers ce but toutes les ressources de l'art ; mais il est convaincu qu'avant tout il faut faire disparaître l'ophthalmie, et que pour obtenir ce résultat ce serait en vain qu'on aurait recours à l'iode, à la baryte, à l'antimoine, aux alcalins et à toutes les autres médications réputées anti-scrofuleuses. Et qu'on ne dise point que ce sont là des idées formulées *à priori*; les élèves et les jeunes chirurgiens qui assistent aux visites de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, ont été bien souvent à même de se convaincre au lit des malades de la justesse des idés de ce chirurgien sur ce point.

Ophthalmie arthritique. — Cette espèce d'ophthalmie spécifique est une de celles dont la thérapeutique est sans contredit le moins avancée. Convaincus de la gravité de cette affection, les auteurs proposent en général de la traiter d'une manière énergique. C'est ainsi qu'on les voit conseiller les émissions sanguines abondantes, les purgatifs, les sinapismes aux pieds, le laudanum de Sydenham, le quinquina à l'intérieur, et les cautères énergiques. D'après M. Sichel, ces différents moyens remplissent une première indication; mais il en est une autre qui est tout aussi importante. «Celle-ci (je cite tex-

tuellement) exige des moyens qui exercent une action spéciale sur le système veineux et la circulation veineuse de l'abdomen. Le système veineux abdominal est, dans ces cas, à l'état de pléthore ; la circulation s'y fait lentement, incomplétement ; les sécrétions des viscères de cette cavité sont insuffisantes..... De là l'usage des saignées révulsives, des préparations d'aloës et de soufre, des emménagogues.» Conçoit-on, je le demande, qu'un praticien aussi éclairé que M. Sichel, ait pu s'arrêter à de pareilles hypothèses, et n'est-il pas évident que c'est tomber dans le vague des suppositions les plus hasardées et diriger des moyens médicamenteux contre un fantôme?

Si l'ophthalmie dite arthritique existait chez un goutteux, nul doute qu'il ne fallût combattre la goutte elle-même pendant qu'on attaquerait l'inflammation de l'œil. Mais comme la phlegmasie oculaire en question est ordinairement la seule raison qu'on invoque en faveur d'une constitution arthritique, et qu'il est d'ailleurs malheureusement reconnu aujourd'hui que le remède efficace contre la goutte est encore à trouver, on ne voit pas trop ce qu'il y aurait à faire de particulier dans le traitement de l'ophthalmie compliquée de l'affection goutteuse.

Envisagée sous le point de vue anatomique, l'ophthalmie arthritique qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, n'est en général qu'une choroïdite, ou une iritis, ou l'indice d'une affection profonde de l'œil, ne réclame pas d'autres médications que celles que nous avons indiquées en traitant de ces différentes maladies.

Ophthalmie rhumatismale. — C'est ici une

des ophthalmies spécifiques qui ont le plus influé sur les déterminations de la pratique, sous le point de vue de la spécificité du mal. M. Lawrence, qui repousse à ce sujet les médications vantées en Allemagne, n'en propose pas moins à titre de spécifique les préparations de colchique. « Un médicament introduit dans la matière médicale, dit cet auteur, et qui pourrait assez bien mériter le titre d'*anti-rhumatismal*, est le colchique, qui réussit parfaitement bien dans les inflammations goutteuses et rhumatismales des articulations. Peut-être serait-il avantageux de l'employer dans l'ophthalmie rhumatismale. Je n'émets ici qu'une conjecture, parce que je ne l'ai pas encore vu mettre en usage. » (P. 203)

La thérapeutique de M. Weller est beaucoup plus compliquée, puisque ce praticien conseille successivement la saignée générale, les sangsues au grand angle de l'œil, les sudorifiques, l'acétate d'ammoniaque, l'hydrochlorate d'ammoniaque, le tartre stibié, les laxatifs, le calomel uni au soufre doré d'antimoine, le gaïac, l'aconit, le camphre, l'arnica, le polygala senega, la ciguë et la douce-amère; en même temps qu'il prescrit des pédiluves sinapisés, des vésicatoires à la nuque, ou derrière les oreilles, et des frictions, au dessus des sourcils, avec l'opium en poudre et la salive. Lorsque l'ophthalmie est accompagnée d'ulcères, il conseille un collyre composé de pierre divine et d'une forte proportion de laudanum liquide.

M. Mackensie préconise contre l'ophthalmie qui nous occupe le calomel uni à l'opium à la dose de deux grains chaque matin, les frictions opiacées sur le front, les vésicatoires, la belladone, les purgatifs et les sudorifiques; mais

il regarde le nitrate d'argent et tous les autres topiques comme nuisibles. C'est là aussi l'opinion de M. Stœber, qui soutient que, dans l'ophthalmie rhumatismale, toutes les substances liquides doivent être mises de côté. Quant à M. Sichel, qui tient le même langage que M. Mackensie, il conseille en outre les préparations antimoniales et de colchique.

Il est facile de voir que les auteurs se sont encore laissé dominer ici par des idées théoriques. M. Velpeau ne craint pas de le dire, puisqu'il en donne chaque jour la preuve dans son service à l'hôpital de la Charité : l'ophthalmie rhumatismale ne réclame pas d'autres médications que celles que nous avons indiquées en traitant de la kératite et de l'iritis.

Ophthalmie syphilitique. — Nous avons déjà dit que cette ophthalmie est la seule qui mérite réellement le titre d'ophthalmie spécifique ; aussi voyons-nous que le traitement est le même pour tous les praticiens. Les émissions sanguines, la pommade mercurielle autour de l'orbite, et les remèdes spécifiques à l'intérieur en constituent la base.

Quant aux autres variétés d'ophthalmies prétendues spécifiques, il est, je pense, complétement inutile d'en examiner à part le traitement. Cautériser les pustules du bord libre des paupières ou de la conjonctive oculaire dans l'ophthalmie dite varioleuse ; employer les pommades anti-ophthalmiques dans l'ophthalmie herpétique ; avoir recours aux collyres styptiques, en même temps qu'on s'occupe de la maladie générale, dans les ophthalmies morbilleuse, scarlatineuse, c'est là tout ce qu'on peut dire d'utile sur ce point.

En résumé, voici comment M. Velpeau entend la médication des ophthalmies spécifiques.

1° Pour les ophthalmies qui sont réellement spécifiques, l'ophthalmie syphilitique par exemple, M. Velpeau partage complétement les idées émises sur ce point : attaquer l'état inflammatoire par les moyens antiphlogistiques généraux et locaux avec une énergie proportionnée à l'intensité du mal et à la constitution des sujets, recourir en même temps au remède spécifique s'il est connu, ou à ceux dont l'efficacité a été le mieux constatée par l'expérience : telle est la pratique que la raison indique. C'est ainsi que, dans l'ophthalmie vénérienne, M. Velpeau fait usage des émissions sanguines, de quelques opiacés, si les douleurs sont vives, tandis qu'en même temps il a recours au traitement mercuriel, comme s'il s'agissait de chancres au gland ou de bubons dans l'aine.

2° Pour les ophthalmies qui tirent leur nom de la constitution présumée du sujet, il faut s'y prendre d'une autre façon. Ici la maladie de l'œil doit être traitée d'après le tissu enflammé, le degré, l'étendue, l'intensité de la phlegmasie, abstraction faite de la constitution générale du sujet. Puis, s'il existe une affection générale, si la constitution est viciée ou détériorée, il est évident qu'il faut chercher à la modifier, à l'améliorer; en d'autres termes, M. Velpeau a toujours à traiter dans ces ophthalmies, ou des blépharites, ou des conjonctivites, ou des kératites, ou des iritis, ou quelque autre inflammation des tissus plus profonds de l'œil, et il associe au traitement de chacune de ces affections les moyens généraux que semblent réclamer l'état de santé et la constitution particulière des

individus. Ce qui ramène complétement les inflammations de l'œil, sous le point de vue de leur traitement, dans le cadre de toutes les autres phlegmasies auxquelles les différents organes sont exposés.

RÉSUMÉ.

Après une si longue discussion, qui aurait dû être beaucoup plus longue encore pour être complète, je crois utile de résumer en peu de mots l'opinion de M. Velpeau sur les ophthalmies spécifiques. Disons avant tout, car c'est là le point capital de la question, que ce n'est pas la spécificité en elle-même des ophthalmies que ce chirurgien repousse, mais bien la manière dont on l'envisage. S'il accorde que les inflammations peuvent être modifiées par la nature de leurs causes, il soutient, d'un autre côté, que les recherches auxquelles on s'est livré dans ces derniers temps pour le démontrer sont complétement en dehors de la question.

Pour M. Velpeau, la spécificité de la phlegmasie se trouve dans l'agent inflammatoire. Il admet dès lors une ophthalmie syphilitique spécifique, une ophthalmie blennorrhagique spécifique, parce qu'il est prouvé que ces ophthalmies sont produites chacune à leur manière par un principe morbifique particulier. Il est porté à croire que l'ophthalmie des Belges, d'Égypte, des nouveau-nés même, que les ophthalmies épidémiques en général, sont aussi des ophthalmies spécifiques, parce que de nombreuses raisons indiquent qu'il y a là un principe général comme cause déterminante de la maladie; mais il n'admet pas au même titre les ophthalmies

dites catarrhale, rhumatismale, scrofuleuse, arthritique, etc., etc.; parce que rien ne prouve que les maladies ainsi désignées sont entretenues par un agent morbifique particulier, spécial. Ce n'est pas à dire même que, sous ce dernier point de vue, M. Velpeau rejette comme impossible l'influence des constitutions scrofuleuse, rhumatismale, arthritique, etc., etc., sur les ophthalmies dont les sujets qui en sont atteints peuvent être pris; mais il maintient qu'alors on a affaire à des ophthalmies développées chez des sujets scrofuleux, rhumatisants, goutteux, etc., etc.; et non pas à des ophthalmies scrofuleuse, rhumatismale, arthritique, ayant des caractères locaux particuliers. En un mot, tout se passe ici comme pour les phlegmasies des autres organes; et qu'on ne dise pas que toute cette discussion ne repose que sur des jeux de mots : il suffit d'y réfléchir un instant pour être immédiatement frappé de l'influence fâcheuse que les idées combattues par M. Velpeau exercent sur les progrès de la science.

Disons, en terminant, que les idées que nous venons d'émettre font tous les jours de nouveaux prosélytes, et que bientôt, sans aucun doute, tous les bons observateurs les embrasseront définitivement. Dès lors l'ophthalmologie sera, pour ainsi dire, réduite à sa plus simple expression, et rentrera dans le domaine de la pathologie générale. La science aura beaucoup gagné à ce changement; et le nom de celui qui aura marché à la tête de ce mouvement progressif sera inscrit dans les annales de la science.

APPENDICE.

Remarques pratiques sur la manière d'appliquer convenablement les différents moyens propres à guérir les ophthalmies.

L'œil est un organe si délicat, les divers éléments qui le composent sont si ténus, si rapprochés les uns des autres, que l'application des médicaments exige ici le plus grand soin et les précautions les plus minutieuses. Ces précautions sont non seulement indispensables pour ce qui concerne l'usage des topiques, mais encore sous le point de vue de la médication générale. Quoique ces indications se trouvent exposées çà et là dans ce livre, j'ai pensé faire une chose utile en les résumant à part et en les présentant dans leur ensemble.

Action de la lumière. — Une opinion presque universellement adoptée par les praticiens veut que les yeux enflammés soient privés du contact de la lumière. Ce précepte a pris de si profondes racines dans les esprits que, même dans les hôpitaux, on a avisé à des mesures sur ce point. Ainsi les chirurgiens qui ne peuvent pas obtenir un local à leur gré recommandent de tenir fermés avec soin les rideaux qui entourent le lit des malades; d'autres, plus heureux, et cela se voit dans quelques hôpitaux de Paris, vont jusqu'à faire disposer les salles d'après cette

idée : c'est ainsi qu'ils les font peindre ou tapisser en vert ou en bleu, qu'ils font garnir les fenêtres de rideaux de couleur, de telle sorte enfin que la lumière ne pénètre dans ces salles qu'en très petite proportion. Or, j'ai entendu si souvent M. Velpeau s'élever dans ses leçons contre cette pratique, qu'il dit être essentiellement vicieuse, que je crois devoir exposer ici en peu de mots les idées de ce chirurgien à ce sujet.

Ce qui a répandu ce principe erroné, dit M. Velpeau, c'est la tendance, l'espèce de besoin qui entraîne presque tous les sujets affectés de maux d'yeux, ceux surtout qui sont atteints de kératite ulcéreuse, à fuir la lumière. En effet, chacun sait que les malades ainsi affectés ont le plus grand soin de se couvrir les yeux, de cacher leur tête sous les couvertures lorsqu'ils sont couchés. Il était donc tout naturel de penser qu'il fallait soustraire les yeux enflammés à l'action de la lumière. Mais, comme M. Velpeau l'a fort bien observé, on n'a pas assez réfléchi aux inconvénients de cette pratique. Voici ce qui arrive dans ces cas : les frottements produits par les linges sont une cause incessante d'inflammation ; la chaleur causée par la présence des bandeaux dont on abrite les yeux amène dans l'organe une congestion, un afflux de sang capable de compromettre le succès de la meilleure médication. Cet inconvénient se trouve encore augmenté par la chaleur que produisent les couvertures dont les malades enveloppent leur tête. Enfin, les yeux privés de lumière pendant un temps plus ou moins long acquièrent une sensibilité telle que, même à l'ombre, le contact de l'air leur devient extrêmement pénible. On peut objecter à ces remar-

ques, qu'il est difficile d'empêcher les malades de fuir l'air et la lumière. Mais la difficulté sur ce point est infiniment moins grande qu'on pourrait se l'imaginer de prime abord. M. Velpeau en a donné une foule de preuves dans son service à l'hôpital de la Charité; et il ne craint pas d'affirmer qu'on accoutume en moins de trois jours, et quelquefois même dans l'espace d'un petit nombre d'heures, les sujets le plus vivement tourmentés par la photophobie à supporter sans peine le contact de l'air et l'action de la lumière diffuse. Il suffit pour cela d'insister avec fermeté et de ne pas s'en laisser imposer par les premières plaintes des malades. Je dois dire pour mon compte que j'ai été souvent à même de me convaincre à l'hôpital de la Charité de la justesse des idées émises à cet égard par M. Velpeau. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'il ne faudrait pas conclure de ces considérations, qu'on doit obliger les malades affectés d'ophthalmie à s'exposer au grand air, au soleil, à toute espèce de lumière; M. Velpeau veut seulement dire par là que, dans les appartements et sous un ciel couvert de nuages, il est plus nuisible qu'utile de tenir des linges sur le devant des yeux des malades, et qu'il est positivement nuisible de couvrir l'organe affecté de compresses, de bandages.

Voici, du reste, la conduite adoptée par M. Velpeau à cet égard : lorsque le malade est obligé de sortir, ou que la kératite ulcéreuse est intense, il recommande l'usage d'une visière bleue ou verte, ou, mieux encore, de lunettes colorées de la même manière, garnies de taffetas sur les côtés; il conseille, en outre, de laisser le moins longtemps possible les malades dans

le lit, et de leur recommander de tenir pendant la nuit la tête un peu élevée sur des oreillers assez durs.

Émissions sanguines. — Saignée. — Je n'ai pas à revenir sur ce que nous avons déjà dit de la quantité plus ou moins considérable de sang qu'il importe, suivant les cas, de retirer du torrent circulatoire. Je me bornerai à mentionner l'opinion de M. Velpeau sur les diférentes espèces de saignées auxquelles on peut avoir recours dans le traitement des ophthalmies.

La saignée que M. Velpeau emploie de préférence, celle même dont il fait un usage à peu près exclusif, c'est la saignée du bras. Quant à l'ouverture de la jugulaire externe, de prime abord on serait tenté de lui accorder la préférence dans certains cas; mais l'expérience démontre que les veines du cou ne donnent pas toujours une assez grande quantité de sang. Aussi, M. Velpeau n'y a recours que dans un très petit nombre de cas. Plusieurs praticiens préconisent l'artériotomie, lorsque l'inflammation est très vive, et qu'il importe de dégorger promptement l'organe de la vision du sang qui semble s'y être accumulé. *A priori*, on serait porté à penser que, dans ces cas, cette espèce de saignée est plus avantageuse que l'ouverture d'une des veines du pli du bras. Toutefois, M. Velpeau croit que les faits ne sont pas ici d'accord avec la théorie. Il est vrai de dire que ce chirurgien ne s'est pas livré sur ce sujet à un assez grand nombre d'expériences; toutefois, les essais qu'il en a faits ne lui ayant pas procuré des résultats plus prompts et plus avantageux que la saignée du bras, il s'est arrêté définivement à cette dernière opération. La saignée du pied, tant vantée par quelques praticiens, est

presque complétement négligée par M. Velpeau.

Sangsues. — M. Velpeau fait un usage assez fréquent des sangsues dans le traitement des ophthalmies. Ordinairement il les fait appliquer, tantôt sur les apophyses mastoïdes, tantôt sur les tempes. Dans chacune de ces régions, il en a obtenu des résultats à peu près également avantageux, si bien que son expérience ne lui permet pas encore de se prononcer définitivement en faveur de l'une plutôt que de l'autre. Si on préfère, dit-il, appliquer les sangsues sur les apophyses mastoïdes, il importe de ne pas les laisser piquer au dessous dans la région parotidienne, parce que, outre qu'il n'existe plus les mêmes rapports favorables entre cette région et l'orbite, on s'expose encore à voir survenir un gonflement qui, quoique passager, est toujours désagréable pour les malades.

La plupart des praticiens français défendent d'appliquer les sangsues au pourtour de l'orbite et notamment sur les paupières. Si les craintes conçues à cette occasion étaient fondées, on pourrait, à l'exemple de Scarpa et de M. Carron du Villards, en placer quelques unes sur la muqueuse nasale. Mais M. Velpeau pense qu'on s'en est trop facilement laissé imposer sur ce point. Un boursoufflement, tantôt modéré, tantôt considérable du tissu cellulaire, qui se dissipe constamment dans l'espace de quelques jours, est à peu près le seul inconvénient que fasse naître l'application des sangsues sur les paupières. Or, M. Velpeau s'est assuré que, loin d'être redoutable, ce boursoufflement, soit simple, soit ecchymotique, est plutôt utile et de nature à hâter la résolution de l'ophthalmie. Aussi, ce chirurgien ne craint-il pas de recom-

mander d'appliquer, dans certains cas, les sangsues aussi près que possible de l'organe enflammé. Je l'ai vu plusieurs fois les faire placer au grand angle de l'œil.

Appliquées sur la conjonctive palpébrale, les sangsues sont aussi très utiles dans les cas de conjonctivite et de kératite superficielle. Néanmoins, comme les topiques astringents et d'autres moyens d'un emploi facile sont alors suffisants, et que, d'ailleurs, cette manière d'appliquer les sangsues est assez délicate, et qu'elle contrarie les malades, M. Velpeau n'a pas trouvé d'avantages réels à en recommander l'usage autant que par le passé.

Ventouses scarifiées. — Cette saignée locale est rarement employée par M. Velpeau. Ce chirurgien préfère les sangsues; je l'ai entendu cependant conseiller, dans plusieurs cas, de légères scarifications dans les narines, d'après la méthode de M. Carron du Villards.

Bain de pieds. — C'est là une précaution que les praticiens se dispensent rarement de prescrire, et qui offre des avantages réels dans un grand nombre de cas; cependant, quand la maladie est fixe, ce moyen ne jouit pas d'une grande efficacité. M. Velpeau pense qu'en y ajoutant, à l'instar de Demours, une ligature de la jambe au-dessus des malléoles on en augmenterait réellement les avantages. Du reste, il est bien reconnu aujourd'hui que les pédiluves avec un verre de vinaigre et une poignée de sel de cuisine conviennent mieux ici que les bains de pied sinapisés, à cause des vapeurs excitantes qu'exhale la moutarde.

Vésicatoires. — Comme tous les autres pra-

ticiens, M. Velpeau fait un fréquent usage des vésicatoires dans le traitement des ophthalmies. Sans revenir ici sur ce que nous avons déjà dit, je crois devoir expliquer en peu de mots l'opinion de M. Velpeau sur la manière de se servir de ce moyen. Ce chirurgien n'emploie le vésicatoire, à titre d'exutoire, que dans les ophthalmies chroniques ou déjà anciennes et d'une certaine gravité; alors c'est aux bras et aux jambes qu'il les fait placer. Autour de la tête, les vésicatoires, dont on entretient la suppuration, ne sont, à son avis, ni toujours inutiles, ni toujours nuisibles; mais les avantages qui résultent de leur application dans ces régions sont plus que balancés par l'irritation qu'ils déterminent souvent dans les ganglions lymphatiques circonvoisins, et même par les érysipèles dont ils deviennent quelquefois la cause.

A titre de vésicatoire volant, M. Velpeau en fait un usage très étendu et très varié. Ce chirurgien pense que sous cette forme les vésicatoires sont moins utiles à la nuque, derrière les oreilles, qu'aux tempes ou sur le front. Sur les apophyses mastoïdes, ils ont à peu près le même effet révulsif qu'à la partie postérieure du cou; toutefois, le retentissement qu'ils causent dans le système lymphatique est manifestement moindre. Aux tempes, ils ont l'avantage d'être plus près du siége du mal, et ils ont une action plus immédiate, avec des dimensions moindres. Mais c'est sur les bosses frontales, à 15 ou 20 lignes au-dessus du sourcil, que M. Velpeau les fait appliquer de préférence, quand il s'agit d'ophthalmies aiguës, et notamment dans le traitement de l'iritis et de la kératite accompagnées de photophobie et de larmoiement. Des vésicatoires vo-

lants, de la largeur d'une pièce de 2 francs, placés ainsi, tantôt sur le front, tantôt sur la région temporale, et renouvelés tous les cinq à six jours, ont procuré à M. Velpeau des résultats très satisfaisants.

Quant au vésicatoire volant appliqué sur le devant de l'orbite, c'est-à-dire sur la face cutanée des paupières, M. Velpeau est persuadé que c'est là un remède très puissant contre les diverses espèces de kératite et même contre l'iritis; s'il ne fait pas un usage très fréquent de ce moyen, c'est que dans la pratique privée, et même dans les hôpitaux, il n'est guère facile d'y soumettre les malades.

Séton. — Outre que le séton placé à la nuque justifie rarement dans la pratique la confiance qu'on lui a accordée, et que beaucoup de chirurgiens lui accordent encore de nos jours, il a aussi l'inconvénient d'être redouté par beaucoup de malades, et de provoquer plus souvent encore que les vésicatoires à demeure des irritations du système lymphatique. Aussi M. Velpeau n'a recours à ce moyen que dans les cas graves, lorsque tous les autres moyens ont fait défaut. Quant à savoir s'il vaut mieux pour l'établir ou pour l'entretenir se servir de coton à mèche ou de linge effilé, c'est là une puérilité tout à fait indigne d'occuper aujourd'hui les praticiens.

Cautères. — M. Velpeau n'a guère plus de confiance à ce moyen thérapeutique qu'au séton. Toutefois, ce chirurgien pense que de petits cautères volants placés aux tempes, ou bien un cautère placé en forme d'exutoire établi, comme l'ordonnaient les anciens, sur la fontanelle anté-

rieure, ne seraient point à négliger dans les cas d'ophthalmie très rebelle. Je dois ajouter que M. Velpeau dit avoir obtenu de bons effets d'un cautère appliqué dans le creux sous-occipital, vis-à-vis de l'espace qui sépare l'occiput de la vertèbre axis. Là, dit-il, il repose sur une masse cellulo-fibreuse, qui se trouve elle-même très rapprochée de la dure-mère, et il produit ainsi une révulsion qui, on le conçoit, peut ne pas être indifférente à l'organe contenu dans l'orbite.

Moxas. — M. Velpeau n'a recours aux moxas que dans les cas d'ophthalmie chronique ancienne, alors que tous les autres moyens ont échoué. Je dois ajouter, toutefois, qu'à l'exemple des autres praticiens, il en recommande l'emploi contre l'amaurose. Dans ces cas, il les fait appliquer sur le front ou sur les tempes.

Mercuriaux à l'intérieur. — Le calomel est presque la seule préparation mercurielle employée à l'intérieur par M. Velpeau, et il n'y a recours que dans les affections de la cornée ou de l'iris. Voici les règles qu'il suit dans l'administration de ce remède. S'il s'agit d'une kératite ulcéreuse à marche peu rapide, il fait prendre deux jours de suite un grain de calomel, matin et soir, chez les enfants, et deux grains chez les adultes, pour recommencer de la même manière après un jour de repos. Dans les cas de kératite diffuse ou d'iritis très aiguë, il prescrit le calomel à haute dose, et en donne six ou huit grains le premier jour, huit ou dix le second, associés à un cinquième d'extrait d'opium, et par fractions de deux grains, toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que la bouche se prenne. Alors il en suspend brusquement l'usage, et il est rare

qu'en même temps que la salivation s'établit l'inflammation de l'œil ne perde pas de son intensité, de telle sorte que la résolution de la phlegmasie oculaire s'opère ensuite rapidement et avant que le ptialisme ait tout à fait cessé. Quant à expliquer l'action du calomel sur les ophthalmies, c'est là un soin que M. Velpeau abandonne volontiers à ceux qui croient s'en être rendu compte quand ils ont dit que le calomel liquéfie la fibrine du sang, détruit, neutralise le principe phlogistique.

Médication locale. — Nous avons à examiner ici les pommades, les collyres, les poudres, les cataplasmes et la cautérisation.

Pommades. — Parmi les pommades dont on se sert dans le traitement des ophthalmies, les unes agissent par voie d'absorption, les autres n'ont d'efficacité réelle qu'autant qu'on les applique immédiatement sur les tissus malades. Ainsi, les pommades mercurielles, de belladone, d'opium, qu'on dépose sur le pourtour de l'orbite, ou avec lesquelles on frictionne ces parties, n'agissent évidemment qu'autant qu'elles sont absorbées. Le mélange d'opium et de charbon en poudre, dont M. Weller fait frotter le front, agit aussi de la même manière.

L'action de cette médication est ici la même que celle qui est produite par les remèdes administrés à l'intérieur : toutefois, il est vrai de dire qu'elle est plus directe. Il est inutile d'ajouter que l'usage de ces pommades est d'une application très facile : il suffit d'en induire le pourtour de l'orbite ou d'en frictionner cette partie.

L'application des pommades purement topiques exige, dans certains cas, des précautions

qu'il est bon de connaître, et qui ne sont peut-être pas assez répandues dans la pratique. En déposer une parcelle dans le grand angle de œil pour l'y laisser fondre, afin qu'elle se répande d'elle-même sur les parties malades, ne convient en aucune façon quand il s'agit de blépharite du bord libre des paupières; la conjonctivite oculaire et la blépharite muqueuse proprement dite pourraient seules s'accommoder, à la rigueur, d'une pareille méthode. Dans le cas de blépharite du bord libre, il faut absolument commencer par faire tomber les croûtes qui occupent la racine des cils ou qui couvrent les surfaces exulcérées. On obtient ce résultat, soit à l'aide d'un cataplasme émollient placé sur le devant de l'orbite, soit en graissant largement avec du beurre frais tout le bord palpébral une heure ou deux avant le pansement. Ainsi ramollies, les croûtes se décollent d'elles-mêmes ou se laissent enlever facilement sans occasionner de vives douleurs. Cela fait, on dépose sur l'extrémité du doigt indicateur, gros comme une tête d'épingle, de la pommade que l'on veut employer, et on graisse ainsi le bord libre de la paupière malade, de telle sorte que les surfaces affectées se trouvent directement en contact avec le médicament. Il importe de savoir que les cils s'emparent facilement du topique dont le doigt est chargé, et que si on n'y faisait pas attention, la pommade s'y arrêterait facilement avant d'arriver sur le siége précis du mal. J'insiste sur ce point, dit M. Velpeau, parce que j'ai vu trop souvent les pommades anti-ophthalmiques échouer uniquement parce qu'elles étaient mal appliquées. » Il suffit du reste, pour sentir toute l'importance de ce précepte, de savoir que si ces

pommades ne sont pas déposées à nu et directement sur l'exulcération, sur le tissu malade, elles ne produisent absolument rien.

Parmi les pommades employées par M. Velpeau, et dont nous avons parlé en traitant de la blépharite, il en est surtout deux, la pommade de Janin et la pommade au nitrate d'argent, dont il est bon de varier l'énergie. Au début du traitement, M. Velpeau coupe ordinairement la première avec une égale partie d'axonge, et ne l'emploie pure qu'au bout de quelques jours, lorsqu'elle ne paraît plus causer trop de chaleur, trop d'irritation. La seconde est employée d'abord à la dose d'un demi-grain de nitrate d'argent par gros d'axonge; mais cette dose est progressivement augmentée, et on peut arriver jusqu'à quatre et même six grains par gros d'axonge. M. Velpeau conseille, en outre, de ne faire préparer cette pommade qu'en petite quantité à la fois, attendu qu'elle se décompose rapidement.

Collyres. — Les collyres sont fréquemment employés par M. Velpeau dans le traitement des maladies des yeux; les uns agissent autant par absorption qu'à titre de topiques; les autres ne sont efficaces qu'autant qu'on les met directement en contact avec les tissus malades. Les lotions purement aqueuses, l'eau froide, l'eau de guimauve, les eaux distillées de mélilot, de rose, de bluet, l'eau de saturne, les collyres opiacés, belladonés, rentrent dans la première classe. Il en résulte que l'emploi de ces moyens n'offre rien de minutieux, rien de délicat. Pour en obtenir tout l'effet qu'ils peuvent produire, le malade n'a qu'à s'en laver, s'en baigner les yeux plusieurs fois le jour, soit avec un linge,

soit avec une éponge, soit à l'aide d'un coquetier, ou bien de tenir des compresses imbibées de ces liquides sur la face cutanée des paupières; leur manière d'agir est telle, enfin, qu'il n'est pas absolument nécessaire de les mettre en contact direct avec la membrane ou le tissu enflammé; il est vrai de dire pourtant qu'il est mieux d'en faire pénétrer aussi une certaine quantité entre les paupières.

Les collyres actifs et véritablement topiques exigent, au contraire, les plus grandes précautions. Ici le médicament ne peut être utile qu'autant qu'il est déposé sur le tissu malade, et on ne doit rien en attendre s'il est appliqué sur la peau. De là l'indispensable nécessité de le verser directement dans les yeux, soit par gouttes, soit en injection, de telle sorte qu'il touche tous les points affectés. Pour cela, le malade ayant la tête renversée en arrière, on écarte les paupières d'une main et on verse une certaine quantité du collyre dans le grand angle de l'œil. On peut remplir cette indication en tenant le pouce sur le goulot de la fiole à la manière d'une soupape pendant qu'on la renverse; par ce moyen on ne laisse le liquide s'échapper que goutte à goutte. On pourrait, à la rigueur, se servir tout simplement d'une cuillère à café. Mais le moyen le plus commode et qui permet le mieux de voir ce que l'on fait, consiste à tremper dans le liquide médicamenteux un petit cylindre de verre semblable à celui dont se servent les chimistes, puis à le porter où l'on désire que le collyre tombe. Lorsque les paupières sont difficiles à écarter, soit à cause du boursoufflement dont elles sont le siége, soit par suite de l'indocilité du malade,

comme cela ne s'observe que trop souvent chez les enfants, on est obligé de se servir d'une petite seringue. Le siphon de cette seringue doit être court et très émoussé; on l'introduit entre les deux lèvres de la commissure externe des paupières, puis on l'incline légèrement du côté de l'arcade sus-orbitaire et on injecte ensuite le liquide. Quel que soit d'ailleurs le procédé mis en usage pour déposer le collyre dans l'œil, l'important est que toute la conjonctive soit exactement touchée par le liquide médicamenteux.

Les collyres dont je parle doivent être instillés dans l'œil matin et soir. Il importe du reste d'en graduer l'énergie suivant les cas. Presque tous peuvent être prescrits dès le début à la dose d'un grain par once d'eau. Le collyre au sublimé serait seul trop actif, employé à cette dose. Cependant M. Velpeau ne pense pas qu'il soit nécessaire de n'employer qu'un grain de sublimé par huit onces de liquide, comme on le prescrit généralement; il l'ordonne à la dose d'un demi-grain par once. Le collyre au sulfate de zinc, que M. Velpeau employait très fréquemment avant qu'il eût constaté les excellents résultats du nitrate d'argent, forme un médicament très avantageux lorsque à la dose primitive d'un grain par once d'eau on ajoute chaque matin, pendant cinq ou six jours, un grain de la même substance à une fiole contenant quatre onces de liquide, pour l'affaiblir ensuite progressivement, en y versant chaque matin, pendant le même nombre de jours, une cuillerée d'eau pure.

La solution de nitrate d'argent, que M. Mackensie emploie à la dose de deux ou quatre

grains par once d'eau, tandis que d'autres praticiens en prescrivent huit ou dix grains dans la même quantité de liquide, réussit beaucoup mieux à des doses plus faibles. M. Velpeau ne fait mettre qu'un demi-grain ou un grain de nitrate d'argent cristallisé dans une once d'eau distillée. A cette dose, ce collyre constitue la meilleure médication contre l'inflammation aiguë de la conjonctive, soit oculaire, soit palpébrale, comme nous l'avons dit ailleurs. Dans les ophthalmies purulentes, il débute par deux grains, et il arrive souvent à quatre ou six grains dans l'espace de quelques jours si la maladie continue de faire des progrès.

Ce collyre a besoin, comme la pommade du même médicament, d'être renouvelé souvent; il faut, en outre, le conserver à l'ombre et le placer dans une fiole de couleur, bien bouchée, si on veut que la lumière et l'action de l'air ne le dénaturent pas. On doit encore savoir que la solution comme la pommade au nitrate d'argent, même à d'aussi faibles doses, noircissent les linges et la peau qui en sont touchés; il est, en conséquence, nécessaire de prendre certaines précautions à cet égard. Depuis qu'on a éveillé l'attention sur ce sujet, plusieurs oculistes ont cru remarquer que l'usage longtemps prolongé des collyres au nitrate d'argent colorait la cornée en bleu, en vert ou en noir, et que c'était là un de leurs inconvénients. Puisque des observateurs dignes de foi, dit M. Velpeau, soutiennent avoir constaté ce fait, il faut bien qu'il existe. Pour moi, ajoute-t-il, je suis forcé d'affirmer qu'aucun des malades que j'y ai soumis ne m'a présenté cette coloration, quoique je me sois servi de la solution de nitrate d'argent sur

plus de quatre mille personnes affectées d'ophthalmie.

L'alun, que vantent beaucoup MM. Mackensie et Middlemore, a trop mal réussi à M. Velpeau, dans les premiers essais qu'il en a faits, pour l'encourager à y revenir souvent. En conséquence, il n'est pas en mesure de porter un jugement décisif sur sa valeur thérapeutique dans le traitement des ophthalmies. Je dois ajouter, toutefois, que ce chirurgien en a retiré d'assez bons résultats contre certaines conjonctivites couenneuses, qui forment parfois la première période des ophthalmies purulentes. Je dirai, en outre, que, même dans ces cas, il s'en sert comme dans la stomatite diphthéritique, c'est-à-dire qu'il l'aplique en poudre sur les surfaces malades, après avoir renversé convenablement les paupières.

Une autre manière d'appliquer l'alun est celle que beaucoup d'auteurs anciens ont préconisée, et qui consiste à battre des blancs d'œufs avec un bâton d'alun de roche jusqu'à ce qu'il en résulte une mousse épaisse, qu'on applique alors sur le devant des yeux. M. Souty, qui dit avoir souvent employé ce mélange (*Archives générales de médecine*), prétend en avoir retiré des succès miraculeux dans une épidémie d'ophthalmie purulente aussi grave que celle d'Egypte, et qu'il a observée dans l'Inde. M. Velpeau pense que si on imbibait de cette mousse du coton ou de la charpie, l'usage en serait rendu plus commode. Mais c'est un remède dont il n'a point constaté les effets par expérience.

Un gros de calomel à la vapeur dans quatre onces d'eau de guimauve forme un collyre que

j'ai souvent vu employer avec avantages par M. Velpeau dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique et des ophthalmies purulentes en général. Comme le calomel tend sans cesse à se précipiter au fond du liquide, il importe d'agiter fortement la fiole avant de faire usage de ce médicament. Voici, du reste, la manière dont M. Velpeau se sert de ce collyre : il en fait laver largement les parties quatre ou cinq fois par jour, et dans les intervalles, il fait placer sur le devant de l'orbite un linge imbibé du liquide en question.

Poudres. — Chacun sait que les poudres anti-ophthalmiques doivent être impalpables. Je me bornerai à ajouter ici qu'au lieu de les souffler à l'aide d'un tuyau de plume ou de tout autre tube sur le devant de l'œil, comme on le conseille généralement, M. Velpeau pense qu'il vaut mieux les placer par pincées entre les paupières, qu'on a préalablement renversées, et engager le malade à tourner l'œil de tous côtés dès que la poudre est en place, avant de lui laisser fermer les paupières.

Cataplasmes. — On sait que les oculistes modernes rejettent généralement comme nuisibles les cataplasmes sur le devant des yeux dans le traitement des ophthalmies; il ne faudrait pas pourtant proscrire ces moyens d'une manière trop absolue. S'il est vrai de dire qu'on ne doit pas y avoir recours dans les cas de conjonctivite, de kératite et d'iritis ordinaires, il est faux, dit M. Velpeau, qu'ils soient nuisibles dans les blépharites ciliaires, dans les kératites traumatiques et dans l'ophthalmite. Nous devons ajouter que des cataplasmes laudanisés ou opiacés ne

sont pas tout à fait dépourvus d'utilité contre l'iritis et certaine rétinite très douloureuse. Les cataplasmes de pulpe de pomme rainette, de carotte, de pomme de terre, doivent être aussi conservés comme des topiques avantageux dans certains cas.

Cautérisation. — Nous avons indiqué les affections oculaires qui réclament l'usage de la cautérisation, il nous reste à dire quelques mots sur la manière de faire usage de ce moyen thérapeutique. Pour cautériser les granulations palpébrales, on renverse convenablement la paupière affectée, et on promène légèrement sur la surface enflammée un crayon de nitrate d'argent, que l'on doit retirer dès qu'on a fait naître une couche blanchâtre, car si on allait plus avant, on produirait une déperdition de substance qui pourrait donner lieu à une cicatrice, puis à un entropion. Cela fait, avant d'abandonner la paupière, on répand un peu d'eau fraîche sur la surface cautérisée, pour amortir là l'action du caustique, et l'empêcher d'atteindre les tissus sains. Il est inutile d'ajouter qu'il faudrait prendre les mêmes précautions si on avait à cautériser la conjonctive oculaire.

Nous avons dit que certains ulcères de la cornée réclament l'usage de la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. « Pour bien faire cette cautérisation, dit M. Velpeau, on se sert d'un cône de nitrate d'argent dont le sommet est bien arrondi. Il faut en toucher toute la surface ulcérée de manière à ce qu'elle blanchisse sur le champ. De l'eau, du lait ou de l'huile est instillée dans l'œil avant qu'il ne se renverse sous les paupières, qu'on a soin d'éviter d'ailleurs, afin que l'ulcère seul subisse l'action du

caustique. La douleur, vive d'abord, diminue au bout de quelques heures, pour prendre tout à coup une certaine acuité le troisième jour, un peu plus tôt ou un peu plus tard, à la chute de l'escarre enfin. Une nouvelle cautérisation, plus légère que la première, est alors nécessaire. Après l'avoir renouvelée encore une ou deux fois de la même façon, il ne faut plus y revenir; l'ulcère doit être suffisamment modifié. On doit alors le laisser se cicatriser. L'escarre que le nitrate d'argent dépose au fond de la cavité morbide agit ici de deux manières : 1° il en change la vitalité comme quand on l'applique sur une surface muqueuse enflammée; 2° il en éteint la grande irritation, en empêchant le contact de l'air, des humeurs, des liquides du devant de l'œil, sur des parties que l'on peut comparer à une plaie vive. C'est cette dernière particularité qui fait que la douleur reparaît à la chute de chaque escarre ».

FORMULES THÉRAPEUTIQUES

Le plus souvent employées par M. Velpeau dans le traitement des ophthalmies.

POMMADES.

Pommade au nitrate d'argent.

Nitrate d'argent. . . . 1 grain. = 5 centigrammes.
Axonge. . . . . 1 gros. = 4 grammes.

M. Velpeau varie suivant les cas la dose de nitrate d'argent, depuis 1 grain jusqu'à 5 ou 6 grains par once d'axonge.

Pommade au précipité blanc.

Précipité blanc.. . . 6 à 10 grains. = 30 à 50 centigr.
Axonge. . . . . 1 gros. = 4 grammes.

Pommade belladonée.

Extrait de belladone. . 1/2 gros. = 2 grammes.
Axonge. . . . . 1/2 once. = 15 grammes.

Pommade de Lyon.

Oxyde rouge de mercure porphyrisé. . . 1 partie.
Onguent rosat.. . . . . 16 parties.

Pommade de Janin.

Tutie. . . . . 72 parties.
Bol d'Arménie. . . . . 72 parties.
Précipité blanc. . . . . 36 parties.
Axonge.. . . . . 144 parties.

Pommade de Desault.

Oxyde rouge de mercure.	1 gros.	= 4 grammes.
Tutie préparée.	1 gros.	= 4 grammes.
Acétate de plomb. . . .	1 gros.	= 4 grammes.
Alun calciné.	1 gros.	= 4 grammes.
Deuto-chlorure de mercure.	12 grains.	= 60 centigrammes.
Pommade rosat.	1 once.	= 30 grammes.

Pommade de Régent.

Oxyde rouge de mercure.	1 gros.	= 4 grammes.
Acétate de plomb cristallisé..	1 gros.	= 4 grammes.
Camphre.	6 grains.	= 30 centigrammes.
Beurre frais lavé à l'eau de roses.	2 onc. 2 gros.	= 68 grammes.

Pommade de Dupuytren.

Oxyde rouge de mercure.	5 grains.	= 25 centigrammes.
Sulfate de zinc..	10 grains.	= 50 centigrammes.
Axonge.	1 once.	= 30 grammes.

COLLYRES.

Collyre au nitrate d'argent.

Nitrate d'argent.	1 grain.	= 5 centigrammes.
Eau distillée..	1 once.	= 30 grammes.

M. Velpeau varie suivant les cas la dose du nitrate d'argent, depuis 1 grain jusqu'à 4 ou 5 grains par once d'eau distillée.

Collyre au sulfate de zinc.

Sulfate de zinc.. . . . . 2 grains. = 10 centigrammes.
Eau de roses.. . . . . 2 onces. = 60 grammes.
Mucilage de psyllium.. . 1/2 gros. = 2 grammes.

Collyre au sulfate de fer.

Sulfate de fer. . . . . 4 à 10 grains. = 20 à 50 centigr.
Eau distillée.. . . . . 1 once. = 30 grammes.

Collyre au sublimé.

Deuto-chlorure de mercure. . . . . 1 grain. = 5 centigrammes.
Eau distillée. . . . . 2 onces. = 60 grammes.

Collyre au calomel.

Calomel à la vapeur. . . 1 gros. = 4 grammes.
Décoction de racine de guimauve. . . . . 4 onces. = 120 grammes.

Collyre au sucre de saturne.

Sucre de saturne.. . . 5 à 10 grains. = 25 à 50 centigr.
Eau de bluet.. . . . . 4 onces. = 120 grammes.

Collyre narcotique.

Laudanum. . . . . 20 gouttes.
Extrait de belladone. . . 10 grains. = 50 centigrammes.
Eau de mélilot. . . . . 4 onces. = 120 grammes.

POUDRES.

Poudre de bismuth.

Sous-nitrate de bismuth.
Sucre candi. . . . . } 1/2 gros. = 2 grammes.

Poudre de calomel.

Calomel à la vapeur. . . } 1/2 gros. = 2 grammes.
Sucre candi. . . . . }

Autre.

Calomel à la vapeur. . . }
Tutie. . . . . } 1/2 gros. = 2 grammes.
Sucre candi. . . . . }

CATAPLASMES.

Cataplasme d'alun.

Agitez deux blancs d'œufs avec un bâton d'alun de roche, jusqu'à ce qu'ils aient pris la consistance d'une mousse épaisse.

C'est là le seul cataplasme employé par M. Velpeau contre les ophthalmies proprement dites.

FIN.

TABLE GÉNÉRALE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS CE VOLUME.

AVANT-PROPOS. Pag. vij
INTRODUCTION. 1

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES PAUPIÈRES.

Inflammation des paupières. 21
Blépharites. 25
Blépharite muqueuse. 26
— glanduleuse. 28
— granuleuse. 30
— ciliaire. 32
— purulente. 35
Traitement des blépharites. 41
— de la blépharite muqueuse. 45
— — glanduleuse. 46
— — granuleuse. 47
— — purulente. 50
— — ciliaire. 52
Tumeurs des paupières. 53
Orgeolet. Ib.
Furoncle. 59
Tumeurs cystiques. Ib.
Abcès. 63
Tumeurs érectiles. Ib.
— cancéreuses. 66
Chute et paralysie des paupières. 70

Clignotement des paupières. 75
Vices de conformation des paupières. 77
Coloboma. Ib.
Anchylo-blépharon. Ib.
Symblépharon. 79
Lagophthalmie. 83
Renversement des cils. Ib.
Entropion. 87
Ectropion. 96
Blépharoplastie. 106
Corps étrangers. 115

CHAPITRE II.

MALADIES DU GLOBE DE L'OEIL.

Conjonctivites oculaires. 122
Conjonctivite simple. Ib.
— avec chemosis. 125
— partielle. 128
— papuleuse. Ib.
— granuleuse. 129
Traitement des conjonctivites. 131
— de la conjonctivite simple. 132
— du chemosis inflammatoire. 133
— du chemosis séreux ou œdémateux. 136
— de la conjonctivite partielle. Ib.
— — papuleuse. 137
— — granuleuse. Ib.
Conjonctivites purulentes. 139
Conjonctivite blennorrhagique. 140
— d'Egypte. 149
Ptérygion. 157
Pannus de la conjonctive. 161
Xérophthalmie. 164
Ophthalmie miasmatique. 180
— des vidangeurs. 181

Maladies de la cornée. 186
Kératites. 187
Kératite aiguë. 195
— superficielle. 196
— interstitielle. 198
— profonde. 200
Traitement de la kératite aiguë. 204
Médication générale. Ib.
— locale. 211
Traitement de la kératite superficielle. 212
— — interstitielle. 213
— — profonde. 216
Kératite chronique. Ib.
Traitement de la kératite chronique. 220
Blessures de la cornée. 222
Contusions de la cornée. 223
Piqûres de la cornée. 224
Coupures de la cornée. 225
Corps étrangers. 229
Brûlures de la cornée. 230
Ramollissement de la cornée. 232
Gangrène de la cornée. 233
Perforations de la cornée. 235
Abcès de la cornée. 236
Ulcères de la cornée. 239
Traitement des ulcères de la cornée. 243
Tumeurs de la cornée. 246
Papules aphthoïdes. Ib.
Végétations. 247
Kératocèle. 248
Taches de la cornée. 249
Traitement des taches de la cornée. 251
Staphylome de la cornée. 252
Ossification de la cornée. 257
Kératoplastie. Ib.
Maladies de la sclérotique. 259

Sclérotité. 260
Staphylome de la sclérotique. 265
Maladies de l'iris. 269
Iritis. Ib.
Iritis aiguë. 272
Traitement de l'iritis aiguë. 283
Médication générale. 284
— locale. 291
Iritis chronique. 293
Blessures de l'iris. 295
Corps étrangers de l'iris. 300
Déplacement de l'iris. 302
Tremblement de l'iris. Ib.
Synéchies de l'iris. 303
Procidence de l'iris. 305
Adhérences de l'iris. 311
Absence de l'iris. 314
Perforation multiple de l'iris. 316
Atrésie de la pupille. 317
Pupille artificielle. 318
Corétomie ou méthode par incision. 320
Procédé de Chéselden. Ib.
— de Janin. 321
— de Guérin. Ib.
— de Pellier. Ib.
— de Maunoir. Ib.
— de M. Adams. 322
— de M. Velpeau. Ib.
Corectomie ou méthode par excision. 324
Procédé de Wenzel Ib.
— de M. Gibson. Ib.
— de Physick 325
Corédialise ou méthode par décollement. 326
Procédé de Scarpa. Ib.
— d'Assalini. 327
— de M. Lusardi. Ib.

Procédé de Donégana. 328
Appréciation. 329
Inflammation de l'humeur aqueuse. 333
Hypopyon. 334
Hypohœma. 338
Hydrophthalmie. 339
Maladies de la choroïde. 345
Choroïdite. Ib.
Hydropisie de la choroïde. 349
Staphylome du corps ciliaire. 350
Cirsophthalmie. 352
Cristalloïdite. 355
Cataracte. 357
Espèces de cataractes. 363
Cataractes vraies. Ib.
— lenticulaires. 365
— capsulaires. 366
— capsulo-lenticulaires. 367
— fausses. Ib.
— secondaires. 368
Symptomatologie de la cataracte. Ib.
Caractères différentiels des espèces de cataractes. 372
Symptomatologie des cataractes fausses. 385
— — — hématiques. 386
— — — secondaires. Ib.
Traitement de la cataracte. 387
— sans opération. Ib.
— chirurgical. 390
Conditions de l'opération. 391
Abaissement de la cataracte. 396
Scléroticonyxis. 398
Renversement ou réclinaison. 402
Discision ou broiement. 403
Kératonyxis. 404
Extraction de la cataracte. 407
Scléroticotomie. 408

Kératotomie. 409
— inférieure. 410
Procédé de M. Furnari. 413
Kératotomie supérieure. 416
— par incision oblique. 418
Méthode mixte. 419
Appréciation. 420
Cataractes artificielles. 424
Maladies du corps vitré. 425
Hyalite. Ib.
Glaucome Ib.
Maladies de la rétine. 428
Rétinite. Ib.
Amaurose. 433
Traitement de l'amaurose. 452
Phlegmon oculaire. 462
Exophthalmie. 469
Atrophie de l'œil. 497
Cancer de l'œil. 500
Extirpation de l'œil. 503
Yeux artificiels. 513
Vices fonctionnels de la vision. 516
Myopie. Ib.
Presbytie. 522
Strabisme 525
Diplopie. 530
Héméralopie. 531
Nyctalopie. 534

CHAPITRE III.

MALADIES DES VOIES LACRYMALES.

Maladies de la glande lacrymale. 536
Inflammation de la glande lacrymale. Ib.
Tumeurs de la glande lacrymale. 540
Extirpation de la glande lacrymale 541
Maladies des conduits de la glande lacrymale. 542

Maladies de l'angle lacrymal. 542
Anchylops. Ib.
OEgylops. 545
Encanthis. 546
Maladies des points et des conduits lacrymaux. 548
Oblitération des points et des conduits lacrymaux. Ib.
Kystes, polypes, fistules. 551
Blennorrhagie des voies lacrymales. Ib.
Maladies du sac lacrymal et du canal nasal. 552
Tumeur lacrymale. Ib.
Fistule lacrymale. 559
Traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales. 561
— sans opération. Ib.
— chirurgical. 564
Cathétérisme et injections. Ib.
Dilatation par les voies naturelles. Ib.
Procédé de Méjean. Ib.
— de Palluci. 568
Dilatation par une ouverture accidentelle. Ib.
Dilatation temporaire. 569
Procédé de J.-L. Petit. Ib.
Dilatation permanente. 570
Canule à demeure. — Procédé de Dupuytren. Ib.
Appréciation. 571
Cautérisation. 576
Procédé de M. Harveng. Ib.
— de M. Deslandes. Ib.
— de M. Genseul. 577
— de M. Bermond. Ib.
Appréciation. 578
Établissement d'un canal artificiel. 580
Procédé de Woolhouse. Ib.
— de Wathen. Ib.
— de M. Laugier. 581
Appréciation. Ib.
Fermeture du canal. 582

CHAPITRE IV.

OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES.

Généralités sur les ophthalmies spécifiques. 584
Doctrine ancienne des ophthalmies spécifiques. 587
Ophthalmie dartreuse. 588
— psorique. 589
— morbilleuse, varioleuse, scarlatineuse. Ib.
— scorbutique. 590
— rhumatismale. 591
— arthritique. 592
— scrofuleuse. Ib.
— syphilitique. 603
Doctrine moderne des ophthalmies spécifiques. 607
État anatomique de l'œil. Ib.
État fonctionnel de l'œil. 609
Ophthalmies spécifiques en particulier. 611
Ophthalmie cachectique. Ib.
— des vieillards. 612
— menstruelle. Ib.
— abdominale. Ib.
— des femmes en couche. 613
— scorbutique. Ib.
— veineuse. 614
— érysipélateuse. Ib.
— catarrhale. 616
— scrofuleuse. 619
— arthritique. 620
— rhumatismale. 623
Doctrine anatomo-pathologique. 629
Traitement des ophthalmies spécifiques. 633
Ophthalmie catarrhale. Ib.
— scrofuleuse. 635
— arthritique. 638
— rhumatismale. 639

Ophthalmie syphilitique. 641
Résumé. 642

APPENDICE SUR L'APPLICATION DES DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Action de la lumière. Ib.
Émissions sanguines. Saignée. 648
Sangsues. 649
Ventouses. 650
Bains de pieds. Ib.
Vésicatoires. Ib.
Séton. 652
Cautères. Ib.
Moxas. 653
Mercuriaux à l'intérieur. Ib.
Médication locale. 654
Pommades. Ib.
Collyres. 656
Poudres. 661
Cataplasmes. Ib.
Cautérisation. 662
FORMULES THÉRAPEUTIQUES. 664

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie d'Hippolyte Tilliard, rue Saint-Hyacinthe-Saint Michel, 30.

18014

Accession no.
18013
Author Jeanselme, Gustave.
Manuel pratique des maladies des yeux.
Call no.
RE 46
19th Cent J43
1840